DICTIONAIRE

DES

SCIENCES MÉDICALES.

TOME QUARANTIÈME.

DICTIONAIRE

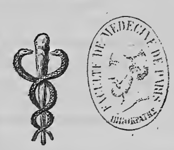
DES SCIENCES MÉDICALES,

PAR UNE SOCIÉTÉ

DE MÉDECINS ET DE CHIRURGIENS :

MM. ADELON, ALIBERT, BARBIER, BAYLE, BÉGIN, BÉRARD, BIETT, BOYER, BRESCHET, BRICHETEAU, CADET DE GASSICOURT, CHAMBERET, CHAUMETON, CHAUSSIER, CLOQUET, COSTE, CULLERIER, CUVIER, DE LENS, DELPECH, DELPIT, DEMOURS, DE VILLIERS, DUBOIS, ESQUIROL, FLAMANT, FOLÉRÉ, FOURNIER, FRIEDLANDER, GALL, GARDIEN, GUERSENT, GUILLIÉ, HALLÉ, HÉBRÉARD, HEURTELOUP, HUSSON, ITARD, JOURDAN, KERAUDREN, LARREY, LAURENT, LEGALLOIS, LERMINIER, LOISELEUR-DESLONGCHAMPS, LOUYER-WILLERMAY, MARC, MARJOLIN, MARQUIS, MAYGRIER, MÉRAT, MONTFALCON, MONTEGRE, MURAT, NACHET, NACQUART, ORFILA, PARISET, PATISSIER, PELLETAN, PERCY, PETIT, PINEL, PIORRY, RENAULDIN, REYDELLET, RIBES, RICHERAND, ROUX, ROYER-COLLARD, RULLIER, SAVARY, SÉDILLOT, SPURZHEIM, THILLAYE fils, TOLLARD, TOURDES, VAIDY, VILLENEUVE, VILLERMÉ, VIREY.

PEC-PERO



PARIS,
C. L. F. PANCKOUCKE, ÉDITEUR
RUE DES POITEVINS, N°. 14.

1819.



DICTIONAIRE

DES

SCIENCES MÉDICALES.

PECCANT, adj., *peccans* : nom dont on se servait autrefois pour désigner ceux des fluides de notre économie dans lesquels on soupçonnait une altération quelconque, une augmentation ou une diminution contre nature, provenant d'un vice dans la sécrétion et l'excrétion, et que l'on regardait, dans la plupart des cas, comme la cause essentielle de nos maladies. Cette singulière épithète était beaucoup en usage dans les temps de faveur de la médecine humorale, époque à laquelle on ne voyait dans presque toutes les affections autre chose que l'existence d'une humeur *peccante* ; mais elle est maintenant généralement abandonnée et avec raison. Elle est l'une de ces nombreuses expressions qui ont fait, pendant si longtemps, du langage médical un langage barbare et, pour ainsi dire, dégoûtant, et qui n'ont pas peu contribué à retarder l'avancement de la science, non-seulement en embrouillant son étude, mais encore en donnant des choses une idée souvent fausse. Grâce aux progrès de la médecine, elles sont en grande partie pour jamais rejetées, et les médecins de nos jours ne pourraient plus les employer sans s'exposer au ridicule.

(R.)

PÊCHE. *Voyez* PÊCHER.

PÊCHER, s. m., *amygdalus persica*, Lin., μηλα περσικα (Diosc. I, 164) : arbre de la famille des amygdalées, division de celle des rosacées de Jussieu, de l'icosandrie monogynie de Linné.

Ses feuilles alternes, pétiolées, dentées en scie, glabres ; ses fleurs sessiles, solitaires ou géminées ; ses fruits globuleux et succulens sont les caractères qui le distinguent essentiellement des autres arbres du même genre.

C'est d'après le nom du pêcher que Pline (XV, 13) le re-

garde comme originaire de la Perse. L'Asie ne nous a point fait de présent plus précieux. Possesseurs de la pêche, nous n'avons pas lieu d'envier aux pays chauds leurs fruits rafraîchissans; sa beauté semble promettre sa saveur exquise : dignes du fruit dont elles sont le berceau, les fleurs du pêcher, au premier soufle des zéphirs printaniers, couvrent nos espaliers d'un tapis de roses; celles de la variété à fleurs doubles sont de vraies roses en miniature.

La culture européenne paraît avoir beaucoup perfectionné la pêche. C'est au moins ce qu'on peut croire en comparant les nôtres avec celles d'un pêcher qu'Olivier a rapporté d'Ispahan, où il croît dans les jardins presque abandonné à la nature, et sans qu'on songe à améliorer ses fruits par la greffe et par la taille.

Nous cultivons un grand nombre de variétés du pêcher. Les anciens en connaissaient déjà plusieurs; ils préféraient celles à chair ferme, que nous nommons *pavies* : *Persicorum palma duracinis* (Plin., xv, 12). Le même goût subsiste encore dans le midi de l'Europe, où l'on cultive beaucoup plus de pavies que d'autres pêches. La différente qualité de ces fruits, suivant les climats, est la cause de ces goûts divers.

Les pavies, dans les pays chauds, sont plus savoureuses que les pêches fondantes, tandis que ces dernières, au contraire, ont plus de parfum, plus de saveur dans des climats un peu plus rapprochés du nord, comme celui de Paris. C'est là, et surtout au village de Montreuil, que le pêcher, habilement cultivé, donne les fruits les plus beaux, les plus délicieux.

Le pêcher, ses fruits, sa gomme, sont célèbres à la Chine depuis les temps les plus reculés. Les anciens livres, les traditions, les chants des poètes de ce pays, rapportent mille choses merveilleuses de cet arbre, qu'ils présentent comme pouvant donner tantôt l'immortalité, tantôt la mort. Les malins esprits, voulant perdre l'homme, se cachèrent, disent-ils, sous un pêcher. Ils lui attribuent cependant la vertu de rompre les maléfices. C'est la pêche, soit naturelle, soit imitée en porcelaine ou en émail, qu'on s'offre réciproquement comme symbole de bienveillance. Les artistes chinois la font entrer partout dans la décoration des appartemens et des meubles (*Voyez* l'extrait d'un manuscrit cité par M. Bodard, *Cours de bot. méd.*, vol. 1, pag. 105 et suiv.).

Les pêches rafraîchissent et relâchent un peu. C'est un fruit nutritif et sain, quoique certains estomacs débiles le digèrent difficilement quand il n'est pas corrigé par le sucre ou par le vin. C'est dans son état naturel et dans sa fraîcheur qu'il faut manger la pêche; les compotes, les marmelades qu'on en fait

ne sont que médiocres. On conserve aussi quelquefois les pêches confites dans l'eau-de-vie ou séchées au four; on peut encore en faire une sorte de vin dont la distillation donne beaucoup d'eau-de-vie. Aux Etats-Unis, on cultive beaucoup de pêches pour cet usage.

Comme les amandes amères et celles des autres drupes de cette famille, les amandes de pêches contiennent une certaine quantité d'acide prussique, et seraient sans doute malfaisantes à haute dose : on les a jadis quelquefois employées pour les émulsions, usage auquel l'huile douce qu'elles contiennent aussi, les rend propres. Elles ne peuvent guère convenir que pour des émulsions destinées à recevoir d'autres ingrédiens vermifuges ou purgatifs. On n'en fait point d'usage aujourd'hui. L'huile qu'elles donnent, et qui ne diffère point de celle d'amandes douces, a été autrefois employée.

L'acide prussique existe de même dans les feuilles et dans les fleurs du pêcher; elles lui doivent l'extrême amertume dont elles sont douées; leur saveur, leur odeur rappellent celles du laurier-cerise, qui contient plus abondamment ce principe éminemment délétère. C'est sans doute sa moindre quantité, et sa combinaison différente dans les feuilles et les fleurs du pêcher qui les rend moins dangereuses que celles du laurier-cerise, quoique douées d'une action très-marquée sur nos organes.

La propriété purgative des fleurs de pêcher est connue depuis longtemps. On les a surtout recommandées pour les enfans tourmentés par des vers, parce qu'on les regarde comme en même temps anthelmintiques. Ce n'est qu'en raison de leur vertu purgative qu'elles paraissent mériter ce dernier titre.

Il y a tout lieu de croire que le calice est la partie des fleurs du pêcher dans laquelle réside plus spécialement leur propriété médicale. L'analogie de cet organe avec les feuilles explique l'action toute pareille qu'exercent sur le tube intestinal celles du pêcher.

On peut, ainsi que des fleurs, en faire un sirop qui purge doucement sans faire éprouver de coliques, et qu'emploie fréquemment l'un des rédacteurs de cet article.

Les fleurs de pêcher peuvent se donner en infusion à la dose d'une demi-once par livre d'eau : on prescrit le double des feuilles; les unes et les autres perdent une partie de leur qualité par la dessiccation.

Le sirop fréquemment usité de fleurs de pêcher se donne de deux gros jusqu'à une et même quelquefois deux onces. M. Bodard conseille d'en faire prendre aux enfans et aux femmes délicates une cuillerée à bouche toutes les demi-heures, jusqu'à ce que l'effet purgatif commence. Le sirop qu'on peut

également préparer avec les feuilles doit s'administrer de la même manière.

Les fleurs de pêcher sont plus rarement employées en poudre à la dose d'un demi-gros à un gros, ou leur extrait d'un à deux scrupules.

Au travers de l'écorce du pêcher, suinte souvent une gomme analogue à celle que donnent les autres arbres de la même famille, et qui peut de même être employée comme mucilagineuse et adoucissante.

L'amertume trop forte et la propriété purgative des feuilles de pêcher les rend peu propres à l'usage qu'on a essayé d'en faire en infusion très-légere pour remplacer le thé. On s'en est aussi quelquefois servi, ainsi que des fleurs et des amandes, pour aromatiser des laitages et autres préparations alimentaires.

Le bois du pêcher est d'un beau rouge-brun, mêlé de veines plus claires; son grain fin et serré le rend susceptible de prendre un beau poli. C'est, parmi nos bois indigènes, un des plus beaux qu'on puisse employer pour les ouvrages d'ébénisterie.

(LOISELEUR-DESLONGCHAMPS et MARQUIS)

PECHLAUMET ou PUECHLAUMET (eaux minérales de) : monticule voisin de Puits-la-Garde et de Parisot, à un quart de lieue du grand chemin de Villefranche en Rouergue à Toulouse. La source minérale est dans une prairie, au pied de ce monticule, près de Boudourice, maison de campagne d'un particulier, dont on lui donne aussi le nom : l'eau est froide.

M. Bertrand de la Grésie a trouvé dans ces eaux du fer, de la chaux, du sulfate de chaux, du sulfate de soude et du muriate de magnésie. Cette analyse a besoin d'être faite de nouveau.

Ces eaux sont recommandées contre les diarrhées chroniques, les pâles couleurs, la suppression des règles, les flueurs blanches.

EXTRAIT d'un Mémoire sur les eaux minérales acidules de Pechlanmet, présenté à la société royale de médecine, par M. Bertrand de la Grésie; in-12. Paris, 1778. (M. P.)

PÉCHYAGRE, s. f., *pechyagra*, de πηχυς, coude, et de αγρα, prise. C'est le nom que l'on donne à la goutte lorsqu'elle s'est fixée sur le coude. Cette affection ne présente rien ici de particulier; elle est absolument la même que dans toutes les autres articulations : elle donne lieu aux mêmes considérations, et réclame les mêmes moyens de traitement. Les seules différences, s'il y en a, se tirent de la nature de la partie malade, et deviennent de peu d'importance, parce qu'elles n'exigent aucun changement dans l'emploi des moyens curatifs.

La péchyagre ne constituant point une maladie particulière, il serait absolument superflu d'entrer dans aucun détail à son

sujet. Je renvoie, pour ce qui la concerne, au mot *goutte*. Du reste, ce nom est maintenant inusité. (R.)

PECTINÉ, s. m., et adj., *pectineus*, du mot latin *pecten*, pubis : nom d'un muscle qui va du pubis à la cuisse. M. Chaussier l'appelle *sus-pubio fémoral*. Situé à la partie supérieure et interne de la cuisse, aplati, triangulaire, ce muscle s'attache par de courtes fibres aponévrotiques à l'espace qui sépare l'éminence ilio-pectinée de l'épine pubienne. Il descend de là obliquement en dehors et en arrière, se rétrécit, et lorsqu'il est arrivé au niveau du petit trochanter, il se contourne sur lui-même pour aller s'implanter à l'aide d'un tendon aplati, à la crête qui descend de cette apophyse à la ligne âpre du fémur, ou de l'insertion des psoas et iliaque réunis.

Le pectiné est recouvert par l'aponévrose crurale et les vaisseaux cruraux; il recouvre le corps du pubis, l'articulation iléo-fémorale, les muscles obturateur externe et second abducteur, et les vaisseaux et nerfs obturateurs. Ce muscle fléchit la cuisse sur le bassin, il la rapproche de celle du côté opposé, ou la tourne dans la rotation en dehors; il peut aussi fléchir le bassin sur la cuisse ou le maintenir dans sa rectitude naturelle. (M. P.)

PECTORAL (anatomie), adj., *pectoralis*, de *pectus*, la poitrine, qui concerne la poitrine : on donne ce nom à des muscles qui s'attachent à la poitrine.

Cavité pectorale. Voyez POITRINE.

Muscle grand pectoral. Il occupe la région thoracique antérieure. M. Chaussier l'appelle *sterno-huméral*; Sœmmerring, *pectoralis major*. Ce muscle aplati, très-étendu, triangulaire, large et mince en dedans, étroit et plus épais en dehors, s'insère à la moitié interne de la clavicule par de courtes fibres aponévrotiques, à la face antérieure du sternum, au cartilage des quatre côtes qui suivent la première, à tout le cartilage de la sixième côte, quelquefois à celui de la septième et à une aponévrose qui se continue avec celle de l'abdomen : ainsi nées, les fibres charnues se comportent de la manière suivante : celles de la clavicule qui sont les plus courtes, sont un peu inclinées en bas, et constituent un faisceau épais dès son origine, et distinct du reste du muscle par une ligne celluleuse, celles qui naissent de la partie supérieure du sternum et des cartilages des cinq premières côtes, sont un peu plus longues, et marchent horizontalement, enfin les inférieures se portent obliquement en haut, et se rapprochent d'autant plus de la direction verticale qu'on les observe plus bas. A la réunion de ces trois ordres de fibres, le muscle est très-étroit, mais fort épais, et donne bientôt naissance à un tendon, lequel beaucoup plus large qu'il ne paraît au premier abord, se replie sur lui-même et se trouve ainsi composé de deux feuillets écartés en haut e t

réunis en bas. Le feuillet postérieur plus large reçoit les fibres charnues inférieures du muscle, et envoie quelquefois en haut un prolongement aponévrotique qui s'unit au tendon du sous-épineux. Les deux feuillets du tendon réunis du grand pectoral, d'abord séparés par du tissu cellulaire, s'unissent ensuite intimement, et viennent s'insérer au bord antérieur de la coulisse bicipitale en envoyant un assez grand nombre de fibres à l'aponévrose du bras.

Le muscle grand pectoral est recouvert en haut par le muscle peaucier, au milieu par la mamelle correspondante, dans le reste de son étendue par la peau; il recouvre en dedans une partie de la face cutanée du sternum, les cartilages des vraies côtes et une partie de leur portion osseuse, les vaisseaux et nerfs thoraciques, les muscles droits, grand oblique, intercostaux, grand dentelé, sous-clavier et petit pectoral. Vers le creux de l'aisselle dont il forme la paroi antérieure, il est en rapport avec une grande quantité de tissu cellulaire graisseux, de glandes lymphatiques, avec les vaisseaux axillaires et le plexus brachial. Près de son insertion vers l'humérus, il passe devant les muscles coraco-brachial et biceps.

Le grand pectoral a deux modes d'action bien distincte, l'un sur la poitrine, l'autre sur le bras. Pour qu'il agisse sur le thorax, il faut que l'humérus soit fixé, alors il entraîne en haut les côtes et le sternum, ce qui en fait un muscle inspirateur : aussi voit-on souvent ceux qui ont la respiration très-gênée, saisir un corps pour fixer les membres supérieurs, qui eux-mêmes deviennent point d'appui pour les mouvemens thoraciques. Ce muscle peut aussi soulever le tronc sur les membres, lorsque, par exemple, on grimpe à un arbre et qu'on en saisit les branches, etc. Quand le grand pectoral prend son point fixe sur la poitrine, si le bras est élevé, il l'abaisse; s'il est pendant sur le côté du corps, il le porte en dedans et en avant; s'il est dans la rotation en dehors, il le tourne en dedans; son faisceau claviculaire entrant seul en contraction peut élever légèrement l'humérus, l'effet contraire est produit par ses fibres inférieures qui abaissent le moignon de l'épaule.

Les auteurs citent quelques exemples de la rupture du grand pectoral, nous avons été témoin d'un fait semblable : le malade, qui en est le sujet, fut atteint d'une inflammation considérable des parois de la poitrine, des abcès survinrent, et la mort en fut la suite. A l'autopsie cadavérique on trouva toutes les fibres inférieures du grand pectoral déchirées.

Muscle petit pectoral. M. Chaussier l'appelle *muscle costo-coracoïdien*; Sœmmerring, *musculus pectoralis minor*. Placé à la partie supérieure et antérieure de la poitrine derrière le pré-

cédent; il est mince, aplati, triangulaire. Il s'insère audessus et au devant des troisième, quatrième et cinquième côtes par trois ou quatre lames aponévrotiques appliquées sur les espaces intercostaux, d'où partent les fibres charnues qui montent en convergeant en dehors et en arrière vers l'aisselle, elles donnent naissance à un tendon aplati, sensible surtout en devant et en bas qui gagne l'apophyse coracoïde à laquelle il se termine près le biceps.

Le petit pectoral est recouvert par le grand, dont il est séparé par du tissu cellulaire graisseux, les vaisseaux et les nerfs thorachiqnes; il recouvre les côtes, les intercostaux, le grand dentelé, les vaisseaux axillaires et le plexus brachial.

Le petit pectoral porte en devant et en bas le moignon de l'épaule et entraîne en arrière l'angle inférieur de l'omoplate; il peut aussi agir sur les côtes. (M. P.)

PECTORAL (matière médicale), adj., *pectoralis*, qui est relatif à la poitrine. On doit donner, d'après le sens étymologique, le nom de médicament pectoral, à celui qu'il est convenable d'employer dans les maladies de cette cavité; mais l'usage a restreint cette dénomination aux remèdes qui calment l'inflammation des organes de la respiration, et même plus particulièrement à ceux qui remédient aux affections avec toux, ce qui les fait rentrer dans la classe des béchiques. *Voyez* BÉCHIQUE, tom. III, pag. 67.

Dans la signification stricte un moxa, un gilet de flanelle, un looch blanc, du punch, l'émétique, etc., sont des moyens pectoraux, puisque, employés dans des circonstances convenables, ils peuvent être utiles dans les maladies de la poitrine.

Dans le sens restreint, les pectoraux ne sont plus que des adoucissans généraux; ils ne diffèrent aucuuement de ceux qu'on emploie pour les maladies semblables des autres parties de l'économie.

Il n'y a donc pas, à proprement parler, de médicamens pectoraux, ou plutôt de classe particulière de substances qui aient la vertu spéciale d'agir sur les maladies des poumons; celles qu'on emploie dans les lésions de ces organes ne sont pectorales qu'accidentellement; elles seraient tout autant abdominales si l'estomac ou le foie se trouvaient atteints de la même lésion dont le poumon est le siége.

Comment effectivement un médicament serait-il plutôt pectoral qu'abdominal? Il n'a pas de contact particulier avec les organes de cette cavité; ce n'est que secondairement, et par le moyen de la circulation, qu'il peut agir sur eux: or, il communique de même avec les autres parties du corps et dans le même temps; il produit donc partout un effet analogue:

en un mot, c'est l'organe affecté qui reçoit le bénéfice du médicament, lequel prend alors le nom de pectoral, vésical, rénal, etc., suivant le résultat opéré; le lait d'ânesse, le meilleur des pectoraux dans les affections chroniques avec toux, est aussi adoucissant de l'abdomen que de la poitrine, et mérite aussi bien le nom de stomachique dans les inflammations chroniques si fréquentes de ce viscère, que de pectoral dans celles du thorax.

Cependant, observe-t-on, quelques moyens thérapeutiques quoique n'ayant pas d'action locale, comme les vomitifs, les topiques, etc., n'en agissent pas moins sur tel ou tel organe, comme on le voit par l'effet des cantharides sur la vessie, par celui du mercure sur les glandes salivaires, de la garance sur les os, etc. Ne serait-il pas possible, ajoute-t-on, que les pectoraux fussent dans la même catégorie? Jusqu'ici l'expérience a répondu par la négative sur leur compte, et aucun remède connu n'a paru avoir une action directe sur les organes de la poitrine, ou seulement sur ceux de la respiration.

On a encore objecté que des adoucissans sucrés et onctueux calmaient quelquefois avec promptitude la toux d'irritation, seulement par leur contact à l'extrémité pharyngienne de la trachée, ce qui indique une véritable action pectorale. Le fait est vrai, mais l'observation montre que ce ne sont jamais que des toux passagères causées par quelques liquides âcres qui pénètrent accidentellement dans la glotte, que les pâtes, les sucres, etc., fondus dans la bouche, calment; celles qui ont une cause plus profonde, qui reconnaissent pour source une inflammation véritable, etc., ne reçoivent d'adoucissement de ces mêmes moyens que comme de tout autre qui partage leur vertu.

Non-seulement il n'y a pas une classe particulière de médicamens pectoraux, comme il y en a une de purgatifs; mais on ne pourrait en établir une qui fût toujours composée de médicamens semblables; on serait obligé, au contraire, de la varier suivant les phases des maladies de poitrine. Prenons le catarrhe pour exemple : dans son invasion, les pectoraux sont les adoucissans, les délayans, la saignée, etc.; dans la période de coction, les expectorans sont les vrais pectoraux; sur son déclin, de légers toniques sont les pectoraux à employer; il y a telle autre maladie de poitrine qui exigerait pour son traitement huit à dix classes de médicamens qui tous seraient alors des pectoraux.

Les médicamens auxquels on a accordé le nom vulgaire de pectoraux sont les adoucissans mucilagineux, parce que ce sont ceux que l'on emploie dès le début des rhumes, et des catarrhes, les plus fréquentes et les plus vulgaires de toutes les maladies de la poitrine : ainsi les infusions de guimauve, de mauve, de violette, de pied de chat, de coquelicot, la solution de gomme arabique, les décoctions de jujubes, de dattes, de figues

grasses, etc., le looch blanc, le sirop diacode à petite dose, etc., sont conseillés très-ordinairement comme remèdes pectoraux. Nous observerons que, dans le début de la plupart des maladies pulmonaires, ils le sont véritablement, mais que plus tard ils ne méritent plus ce nom, et que, si on s'obstine à les continuer, les affections catarrhales durent un temps considérable. Les véritables pectoraux sont alors des médicamens un peu excitans, des incisifs du poumon, comme disent les praticiens.

(MÉRAT)

PECTORILOQUE, s. m., de *pectus*, *pectoris*, poitrine, et du verbe *loqui*, parler : nom que M. le docteur Laënnec a donné à un instrument dont il se sert pour reconnaître les différens bruits qui ont lieu dans la poitrine, afin de parvenir au diagnostic des maladies de cette cavité.

L'auteur a changé depuis peu le nom de pectoriloque qu'il déclare barbare (on ne voit pas trop pourquoi; car si on ne peut pas dire que la poitrine parle, du moins elle rend des sons), en celui de stéthoscope, de στηθος, poitrine, et de σκοπεω, je vois : terme qui, à la rigueur, est moins juste que l'autre, puisque cette cavité rend plutôt des sons qu'elle ne voit.

Le même désigne sous le nom d'*auscultation médiate*, d'*auscultare*, écouter, l'étude des maladies au moyen du pectoriloque.

Nous allons offrir dans cet article la description de cet instrument nouveau, et indiquer l'usage qu'on en fait pour distinguer les maladies de la poitrine. Nous tirons ces renseignemens, qui seront le plus souvent transcrits textuellement, de l'ouvrage que vient de publier M. Laënnec sous le titre d'*Auscultation médiate*, deux volumes in-8°.

Nous ne possédions jusqu'ici que quatre moyens physiques de nous fournir des renseignemens sur l'état des parties contenues dans la poitrine, la succussion, la mensuration, l'audition pectorale et la percussion. La *succussion*, moyen indiqué par Hippocrate, consiste à prendre un malade par les épaules, à le secouer fortement pour imprimer un mouvement qui fasse ballotter l'eau ou le pus qui peuvent être dans la cavité des plèvres; car c'est dans l'hydro-thorax ou l'empyème qu'on met ce moyen en pratique. *Voyez* SUCCUSSION.

La *mensuration du thorax*, se pratique, en prenant la mesure de chaque cavité, au moyen d'un ruban qu'on étend depuis la ligne médiane du sternum jusqu'à la colonne vertébrale, en observant de combien une longueur dépasse l'autre; ce qui indique l'amplitude de chaque cavité. Toutes les fois qu'il y a épanchement dans un côté de la poitrine, celui-ci augmente en étendue, quelquefois d'une manière visible à l'œil : après l'hydro-thorax, l'emphysème du poumon, le

pneumo-thorax, la pleurésie chronique, des empyèmes, etc., ce phénomène est commun. Dans tous les cas où un poumon a cessé en tout ou en partie, pendant longtemps, les fonctions respiratoires, la dilatation de la poitrine, et, par conséquent, le mouvement des côtes n'a plus eu lieu; ce côté du thorax diminue de capacité par le rapprochement de celles-ci, la constriction de la plèvre et le retrait du poumon. MM. Larrey et Laënnec sont ceux qui nous ont donné les meilleurs renseignemens sur ce sujet.

Dans l'*audition pectorale*, on applique l'oreille sur la cavité de la poitrine, sur la région du cœur, par exemple, pour entendre le bruit contre nature que peut faire ce viscère lors de certaines lésions qui lui sont propres. Ce procédé paraît peu utile, outre qu'il est quelquefois difficilement exécutable à cause du sexe des malades ou de quelques autres circonstances. D'ailleurs, il faut l'avoir pratiqué quelque temps; car, si on s'en rapportait à une première impression, on croirait tous les individus affectés d'une maladie du cœur, tant est grand le bruit qu'on entend.

Quant à la *percussion*, on connaît la valeur de ce procédé, l'un des plus avantageux que nous possédions pour arriver à la connaissance des maladies de la poitrine. Mis en pratique par Avenbrugger, il a été préconisé grandement parmi nous par M. le professeur Corvisart, qui, dans une traduction qu'il a donnée de l'ouvrage du médecin allemand, en a montré l'excellence dans les nombreux commentaires dont il a enrichi sa traduction, ainsi que dans ses cours. *Voyez* PERCUSSION.

M. le docteur Laënnec, qui s'est aperçu que, dans bien des cas, ces différens moyens étaient encore insuffisans pour distinguer certaines maladies thoraciques, et qui s'est trouvé plus d'une fois dans l'embarras sur leur diagnostic, eut un jour, dans un cas obscur, l'ingénieuse idée du nouveau procédé d'investigation qu'il propose pour la connaissance de ces maladies. Consulté, en 1816, pour une jeune personne qui présentait des symptômes généraux de maladie du cœur, chez laquelle la percussion donnait peu de résultat à raison de l'embonpoint du sujet, il se rappela, l'âge et le sexe de la malade lui interdisant l'audition oriculaire, une expérience d'acoustique, qui consiste à appliquer l'oreille à l'extrémité d'une poutre, tandis que, de l'autre, on donne un coup d'épingle, qu'on entend très-bien. Il mit sur-le-champ en pratique un moyen analogue en interposant un rouleau fait d'un cahier de papier, entre son oreille et la poitrine de la malade, ce qui lui fit entendre de suite des battemens du cœur beaucoup plus nets que par aucun autre procédé. Il présuma dès-lors que ce moyen pouvait devenir une méthode utile et ap-

plicable non-seulement à l'étude des battemens du cœur, mais encore à celle de tous les mouvemens qui peuvent produire du bruit dans la cavité de la poitrine, et, par conséquent, à l'exploration de la respiration, de la voix, à l'appréciation du bruit que fait l'air dans la trachée-artère, et peut-être même à la connaissance de la fluctuation des liquides épanchés dans les plèvres ou le péricarde. Des expériences entreprises avec un instrument perfectionné lui ont donné pour résultat « des signes nouveaux, sûrs, saillans pour la plupart, faciles à saisir, et propres à rendre le diagnostic de presque toutes les maladies des poumons, des plèvres et du cœur plus certain » (*Auscult. médiate*, tom. 1, pag. 8).

§. 1. *Description du pectoriloque.* Le premier instrument régulier dont M. le docteur Laënnec fit usage comme pectoriloque, fut un rouleau de papier de seize lignes de diamètre, et d'un pied de longueur, formé de trois cahiers de papier battu, fortement serré, maintenu par du papier collé et aplani à la lime aux deux extrémités. Quelque serré que soit un semblable rouleau, il reste toujours au centre un conduit de trois à quatre lignes de diamètre, dû à ce que les cahiers qui le composent ne peuvent se rouler complétement sur eux-mêmes. Ce conduit est d'ailleurs nécessaire pour l'exploration de la voix, tandis qu'un corps tout à fait plein est meilleur pour celle du cœur, et suffit encore pour explorer la respiration.

Toutes les matières ne sont pas propres à former le stéthoscope. Le verre et les métaux, outre leur poids et la sensation de froid qu'ils occasionent dans l'hiver, ne communiquent pas aussi bien que des corps moins denses les battemens du cœur et les sensations que produisent la respiration et le râle. D'après cette observation, M. Laënnec essaya les corps les moins durs, dans l'espoir d'obtenir des effets plus remarquables. Il fit faire un cylindre de baudruche tubulé, que l'on remplit d'air au moyen d'un robinet, et dont le conduit central était maintenu par un tube de carton; mais, malgré sa conjecture, ce cylindre se trouva inférieur à tous les autres: il donne une moindre intensité de son, et a d'ailleurs l'inconvénient de s'affaisser au bout de quelque minutes, surtout quand l'air est froid; il donne en outre, plus facilement qu'aucune autre substance un bruit étranger à celui qu'on explore, par la crépitation de ses parois, et le frottement des vêtemens du malade, ou de la main de l'explorateur. Les corps d'une densité moyenne, tels que le papier, le bois, le jonc à canne, sont ceux qui ont paru, à l'inventeur de cet instrument, les plus constamment préférables.

En conséquence, M. Laënnec s'est arrêté à un cylindre de de bois léger et vernis, hêtre ou tilleul (*Voyez* la planche

placée à la suite de cet article, fig. 1), percé dans son centre d'un conduit de trois lignes de diamètre (fig. 2 et 5), brisé au milieu à l'aide d'une vis (fig. 4) pour le rendre plus portatif. L'une de ces pièces est évasée à son extrémité à une profondeur d'environ un pouce et demi, en forme d'entonnoir (cet enfoncement est ponctué à l'extrémité de la fig. 2). Le cylindre, ainsi disposé, est l'instrument qui convient pour l'exploration de la respiration. On le convertit en un tube sans évasement, mais en conservant le conduit central, en introduisant dans l'entonnoir ou pavillon un *en-bout* (fig. 3) de même bois, qui le remplit exactement, et qui, perforé dans son centre, se fixe à l'aide d'un petit tube de cuivre qui le traverse, et entre dans la tubulure du cylindre jusqu'à une certaine profondeur. Les dimensions de seize lignes de diamètre sur un pied de long sont essentielles à conserver au pectoriloque; un plus grand diamètre ne permet pas toujours d'appliquer le cylindre sur tous les points de la poitrine; plus de longueur rend l'instrument difficile à maintenir dans un état d'application exacte; plus petit, il obligerait le médecin à prendre une position gênante, parce qu'il faudrait qu'il se baissât trop, et qu'il fût trop rapproché du malade qu'il observe; ce qui serait un inconvénient pour tous les deux. Si l'instrument était en bois plein, sans canal au centre, il ne présenterait pas tous les avantages qu'il doit avoir; il ne produirait guère que la sensation de l'oreille appliquée.

Il faut observer que quand on approche de son oreille le pectoriloque sans en-bout, on y entend un léger bruit, comme lorsqu'on applique le même organe à l'embouchure d'une coquille à *spires*; il n'a pas lieu lorsque l'instrument est bouché par les parois de la poitrine pendant qu'on s'en sert.

§. II. *Manière de se servir du pectoriloque.* Pour employer cet instrument, on doit le tenir comme une plume à écrire, en plaçant la main très-près de la poitrine du malade, afin d'empêcher qu'il n'éprouve du déplacement de dessus le point de la poitrine où on l'a appliqué. L'extrémité du cylindre qui doit être maintenue sur la poitrine, est celle où est vissé l'*en-bout* ou obturateur : elle doit être un peu concave en dehors, parce que la peau, en remplissant cette cavité, ôte le vide, et empêche que l'instrument ne se déplace. L'autre extrémité doit être placée à l'oreille droite ou gauche du médecin, qui doit faire faire un silence absolu et n'exécuter aucun geste, autrement il n'entendrait pas les mouvemens et les différens sons qui ont lieu dans les cavités pectorales. On fait tourner la tête du malade qu'on explore; ce qui a le double avantage de ne pas respirer son haleine, et de ne pas entendre le bruit de son souffle. Pour atteindre encore mieux ce dernier but, le

médecin place le doigt dans celle de ses oreilles qui n'est point appliquée sur le cylindre.

Lorqu'un amaigrissement excessif à détruit les muscles pectoraux, au point de laisser entre les côtes des gouttières assez profondes pour que l'extrémité du cylindre ne puisse porter par toute sa surface, on remplit ces intervalles de charpie ou de coton à l'endroit où l'on *ausculte*. La même précaution doit être prise chez les sujets dont le sternum est enfoncé en arrière dans sa partie inférieure, comme cela a lieu chez les cordonniers, bottiers, tonneliers, tourneurs de chaises, etc.

Nous avons dit plus haut que lorsqu'on veut explorer la voix et le bruit du mucus dans la trachée, il fallait ôter l'*enbout*, afin d'avoir un instrument entièrement creux, tandis qu'il fallait le mettre pour fermer un cylindre plein lorsque l'on voulait apprécier les palpitations du cœur. Lorsqu'on explore sans en-bout, c'est l'extrémité excavée qui doit être placée sur la poitrine.

On peut appliquer le cylindre sur tous les points de la poitrine.

Le cylindre sans en-bout est celui dont on se sert pour étudier les phénomènes de la respiration dans la poitrine. Appliqué sur le thorax d'un homme sain, on entend, pendant l'inspiration et l'expiration, un murmure léger, mais extrêmement distinct, qui indique la pénétration de l'air dans le tissu pulmonaire, et son expulsion. Ce bruit est comparable, suivant l'auteur dont nous empruntons textuellement tous ces détails, à celui que fait entendre, à l'oreille nue, un homme qui, pendant un sommeil profond, mais paisible, fait de temps en temps une grande inspiration.

Au reste, il est bon de savoir que, dans les différens cas où l'on se sert du cylindre, on n'entend pas toujours de suite la respiration par l'appréhension des sujets qu'on explore pour la première fois, qui restreignent en quelque sorte l'action de respirer, et qui ne font que des inspirations peu profondes.

Si l'on veut observer le retentissement de la voix dans une poitrine saine, c'est aux aisselles, entre la colonne épinière et le bord interne des omoplates, et à l'angle formé par le sternum et la clavicule qu'on l'observe dans les meilleures conditions. Lorsque le pectoriloque est appliqué sur ces régions, la voix paraît plus forte et plus rapprochée de l'observateur qu'à l'oreille nue.

Lorqu'on veut connaître les divers mouvemens du cœur, on pose le cylindre sur les différens points de la région précordiale, afin de distinguer le jeu des cavités du viscère.

Si on veut chercher s'il y a des cavités formées dans les poumons par où passe la voix, phénomène qui constitue la *pectori-*

loquie, on applique le stéthoscope sur tous les points où l'on soupçonne ces cavités, et, de préférence, audessous de la partie moyenne des clavicules, puisque c'est là qu'on observe le plus souvent les tubercules, dont l'ulcération forme les poches qui donnent passage à la voix.

La pectoriloquie, chez les hommes à voix très-grave, étant quelquefois imparfaite, lors même qu'il existe dans le poumon des excavations, et couverte par le frémissement des parois thoraciques, ce qui ferait croire que le malade parle dans un porte-voix, M. Laënnec a fait divers essais pour obtenir une pectoriloquie plus évidente, en changeant la forme de l'instrument d'exploration. Il s'est servi d'un tube de bois à paroi mince, d'un pouce un quart de diamètre, d'un cornet de bois fait avec un pavillon de haut-bois de trois pouces dans son grand diamètre, et d'un pouce dans son diamètre supérieur; enfin il a fait évaser de diverses manières, et particulièrement en forme d'entonnoir, l'extrémité du tube d'un cylindre ordinaire. Ces instrumens ont produit un effet opposé à celui qu'il cherchait, et même tous changent plus ou moins la pectoriloquie la plus évidente en un retentissement semblable: c'est avec le cylindre sans *en-bout* qu'on obtient encore le moins de changement possible, et c'est de cette manière qu'il faut l'employer chez les gens à voix grave, parce que, communiquant la voix avec plus de force que le cylindre perforé, il fait sentir davantage la différence qui existe à cet égard entre les parties saines du poumon et celles où se trouvent des excavations.

Pour entendre bien l'*égophonie* ou pectoriloquie chevrotante, il faut appliquer fortement le cylindre sur la poitrine du malade, et poser légèrement l'oreille sur le cylindre. Si l'on appuie fortement cette dernière, l'égophonie diminue de moitié, et le phénomène se rapproche d'autant de la pectoriloquie ordinaire.

Ce n'est guère, comme le remarque M. Laënnec, que dans les hôpitaux que l'on peut acquérir d'une manière sûre et complette l'habitude de se servir du cylindre médical que nous venons de décrire. Il est nécessaire, pour en comprendre l'utilité, d'avoir pratiqué l'auscultation sur un grand nombre d'individus, et d'avoir vérifié quelquefois, par des autopsies, les diagnostics établis à l'aide du pectoriloque. « Il suffit d'avoir observé deux ou trois fois une maladie pour apprendre à la reconnaître sûrement, et la plupart des affections des poumons et du cœur sont si communes, qu'après les avoir cherchées pendant huit jours dans un hôpital, il ne restera plus guère à étudier que quelques cas rares, qui presque tous se présenteront dans le cours d'une année, si l'on examine at-

tentivement tous les malades. » (*Auscultat. médiate*, tom. I, pag. 14).

§. III. *Des différens sons, bruits ou mouvemens perçus par l'usage du pectoriloque.* L'application de cet instrument sur la poitrine, dans l'état sain et de maladie, a fait reconnaître des sons et bruits de nature diverse, qui indiquent des états particuliers des organes de la poitrine et quelques-unes des maladies dont ils peuvent être affectés. Le plus remarquable de ces sons est celui connu sous le nom de pectoriloquie, qui est susceptible de varier, comme nous allons l'expliquer; d'autres ont reçu les noms d'égophonie, de tintement métallique, de râle, de respiration pectorale, etc., etc.

Pectoriloquie. C'est le nom que M. le docteur Laënnec donne à la parole qu'on entend à travers une cavité de la poitrine au moyen du pectoriloque.

Dans l'état de santé, chez un sujet sain qui parle, la poitrine éprouve un frémissement par l'effet de l'air qui résonne dans les divisions bronchiques et les cellules pulmonaires. Lors de la formation de la voix, il est plus appréciable à la main qu'à l'oreille, et c'est surtout à la racine des poumons qu'il est le plus évident. Si on promène le pectoriloque sur les différens points de la poitrine, on perçoit alors, outre le frémissement dont nous venons de parler, une sorte de retentissement de la voix, plus distinct à l'aisselle, entre les omoplates, et vers l'extrémité sternale des clavicules, c'est-à-dire à la racine des poumons, que partout ailleurs. Ce murmure n'a rien de distinct, on n'y reconnaît, ni le genre de son propre à l'individu, ni l'articulation des paroles.

Mais si la personne que l'on explore, au lieu d'avoir les poumons sains, les a ulcérés, de manière qu'un ramuscule bronchique communique avec cette cavité, la voix du malade semble passer en partie par cette cavité, pour venir traverser le canal du pectoriloque placé immédiatement audessus, et arriver à l'oreille de l'observateur. C'est ce phénomène que M. Laënnec désigne sous le nom de pectoriloquie, découverte dont l'étude doit nous procurer un bon moyen, d'après ce médecin, pour parvenir à l'appréciation de quelques maladies de la poitrine.

Ce fut un pur hasard qui découvrit à cet auteur le phénomène de la pectoriloquie. Examinant sur une femme attaquée de fièvre bilieuse et d'un rhume récent assez léger, l'état de la poitrine, au moyen du cylindre, il entendit, dans un espace circonscrit d'un pouce carré, la voix sortir directement de la poitrine, et passer toute entière par le canal central du cylindre; on ne trouvait rien de semblable dans aucun autre point de cette cavité. Ne sachant à quoi pouvait tenir ce phénomène,

il examina la plupart des malades existant à la même époque dans l'hôpital Necker, et le retrouva chez plusieurs phthisiques, d'où il soupçonna que la cause de cet accident singulier tenait à des ulcérations tuberculeuses dans le poumon, ce que l'ouverture de plusieurs individus, chez lesquels il l'avait remarqué, changea par suite en certitude.

Continuant dès-lors ses recherches sur ce remarquable phénomène, il parvint à acquérir sur son compte des renseignemens précis. Il reconnut d'abord que la pectoriloquie est d'autant plus prononcée que la cavité ulcéreuse qui la présente est plus voisine de la surface du poumon, et qu'elle n'est jamais plus frappante que lorsque ce viscère adhérant intimement à la plèvre costale, les parois de la poitrine forment presque immédiatement une portion de celles de l'ulcère. Cette circonstance le porta à penser que la pectoriloquie était d'autant plus prononcée que la voix était répercutée par des parois plus solides et plus étendues, et qu'on devait présumer qu'un phénomène analogue devait avoir lieu en appliquant le cylindre sur le larynx et la trachée, conjecture qui se trouva juste, et dont l'application sert à donner une bonne idée de la pectoriloquie lorsqu'on n'a pas de malade à sa disposition, ce qui est rare, puisque la phthisie est l'une des maladies les plus fréquentes de celles qui désolent l'humanité.

La pectoriloquie est *évidente* ou *douteuse*. Elle est évidente quand elle présente complétement les signes qui la caractérisent et que nous venons d'indiquer : elle est douteuse lorsqu'en appliquant le cylindre sur un certain point de la poitrine, la voix du malade paraît un peu plus aiguë, et légèrement tourmentée à la manière de celle des ventriloques, ou qu'elle retentit sous le cylindre avec plus de force qu'elle n'en a à l'oreille nue, sans que d'ailleurs elle paraisse évidemment passer par le tube. On peut se faire une idée exacte de cette espèce de pectoriloquie, déjà plus difficile à reconnaître que la vraie, en appliquant le pectoriloque entre le bord interne de l'omoplate et la colonne vertébrale, vers les points correspondant à l'origine des bronches sur un sujet maigre et à voix aiguë, mais d'ailleurs sain; cela fait qu'on ne doit rien conclure dans beaucoup de cas de la pectoriloquie douteuse, lorsqu'elle n'existe qu'en ce point ou sous l'aisselle, ou à la réunion de la clavicule au sternum. Quand elle existe au-dessous de la troisième ou quatrième côte, ou d'un côté seulement, et non de l'autre, elle est au moins une forte présomption de l'existence d'une excavation dans le poumon, et si en même temps elle n'existe pas dans les points indiqués ci-dessus, cette présomption équivaut à une certitude complette, et on doit seulement penser que l'excavation est située profondé-

ment dans le tissu du poumon, ou qu'elle est encore en grande partie remplie de matière tuberculeuse incomplétement ramollie.

En quelque point de la poitrine que ce soit, lorsque le retentissement de la voix est beaucoup plus fort que dans le côté opposé, et surtout lorsqu'il est tellement intense qu'il la fait paraître beaucoup plus forte et plus rapprochée de l'oreille de l'observateur que lorsqu'il l'écoute à l'oreille nue, ce signe est aussi certain que si la voix passait évidemment par le tube, la pectoriloquie est *imparfaite*. Au reste, suivant l'auteur, entre la pectoriloquie la plus *parfaite* et celle qui est tout à fait *douteuse*, il existe des degrés que l'usage apprend facilement à connaître, et qu'il serait aussi superflu que difficile de décrire.

La pectoriloquie est d'autant plus évidente que la voix du malade a un timbre plus aigu. Les femmes et les enfans sont ceux qui la présentent de la manière la plus frappante, et ceux par conséquent chez lesquels il faut être le plus en garde contre la pectoriloquie douteuse, qui existe naturellement en certains points de la poitrine. Chez les hommes à voix très-grave, au contraire, ce phénomène est souvent imparfait et quelquefois douteux, lors même qu'il existe dans le poumon des excavations dans l'état le plus propre à le produire. Plus la voix est grave et plus elle résonne fortement dans la poitrine : le frémissement des parois thoraciques est alors tellement intense chez quelques sujets, qu'il masque en quelque sorte la pectoriloquie. La voix, trop agitée et comme tremblante, semble ne pouvoir s'introduire dans le tube, et retentir seulement à son extrémité avec une force et un volume souvent double ou triple de ceux qu'elle présente à l'oreille restée libre. La différence de la résonnance de la voix dans le point malade et les autres parties de la poitrine devient alors tellement grande, que la certitude de l'existence d'une cavité ulcéreuse est tout aussi complette que si elle était annoncée par la pectoriloquie la plus parfaite. Lorsque les excavations pulmonaires sont extrêmement vastes, la pectoriloquie se change en un phénomène analogue chez les hommes à voix peu grave, et quelquefois même chez les femmes dont la voix n'est pas très-aiguë.

Ainsi, lorsque chez un phthisique la pectoriloquie évidente vient à se changer en un son plus fort, plus grave, et analogue à la voix transmise à quelque distance par une trompe ou un cornet de papier, cela indique que de nouveaux tubercules se sont ramollis, et qu'ils ont produit des cavités qui s'ouvrent dans la première, et par conséquent que la maladie fait des progrès.

On voit par cet exposé relatif à la pectoriloquie, et que nous avons copié presque mot à mot dans l'ouvrage de M. Laënnec, que les trois variétés qu'elle présente indiquent également l'ulcération pulmonaire; mais il faut convenir que la distinction de chacune d'elles doit offrir de la difficulté, puisque l'auteur avoue lui-même les différentes circonstances qui embarrassent le diagnostic de la véritable espèce. Cette difficulté doit rendre circonspect sur les résultats de son emploi; il n'est pas donné à tout le monde d'acquérir l'habitude qu'a M. Laënnec du pectoriloque, et malheureusement l'art de s'en servir ne se transmet pas; il faut y consacrer autant de temps que lui, et avoir des sens disposés à ce genre d'exploration, pour en tirer avantage dans la pratique médicale.

Il y a encore d'autres circonstances qui ajoutent aux difficultés du diagnostic par la pectoriloquie, c'est qu'elle est parfois intermittente, et que même elle peut manquer tout à fait dans quelques circonstances, malgré la présence d'excavations pulmonaires. Le premier cas a lieu lorsque les excavations s'ouvrent dans des bronches d'un petit diamètre ou par des ouvertures qu'obstruent en partie les crachats ou la matière tuberculeuse; pendant cette occlusion de l'ouverture, la voix ne pénètre pas dans l'ulcération, et ne peut arriver au cylindre. Il faut donc répéter l'exploration à plusieurs reprises, avant de prononcer qu'elle n'existe pas. L'autre cas a lieu lorsque les cavités qui contiennent de la matière tuberculeuse ramollie ne communiquent point encore avec les bronches, ou même lorsqu'elles n'y communiquent que par des ouvertures étroites, situées très-profondément dans le tissu de l'organe. On conçoit que, dans la première manière d'être, il n'y a pas d'intromission de la voix dans les cavités, et que, dans la seconde, elle y pénètre trop faiblement pour être appréciable.

Sous le rapport de la voix, la pectoriloquie présente encore d'autres variétés. *Egophonie* est le nom que porte dans l'ouvrage où nous puisons ces renseignemens, la première de ces variétés; *tintement metallique* est le nom de l'autre.

L'*égophonie*, ou voix de chèvre (de αιξ, αιγος, chèvre, et de φωνη, voix), ou pectoriloquie tremblante, est une voix saccadée, semblable à celle de la chèvre, qui parvient à travers le pectoriloque, au lieu d'une voix nette et naturelle; on l'observe chez les personnes qui ont un commencement d'épanchement dans la poitrine, à la hauteur juste de cet épanchement. On rencontre l'égophonie dans l'hydrothorax commençant, dans les épanchemens pleurétiques, etc. Elle cesse lorsque la poitrine est totalement remplie par le liquide épanché, et reparaît si ce liquide, par suite de l'absorption qui peut en être faite, vient à ne plus occuper qu'une partie de la cavité. Elle dispa-

raît totalement lorsque les épanchemens sont entièrement résolus. Ce phénomène, qui paraît dû à la résonnance de la voix dans les tuyaux bronchiques, transmise par la surface du liquide, s'entend dans une grande étendue de la poitrine, et non dans un seul point comme la pectoriloquie. Dans tout le contour de la poitrine qui répond à la hauteur du liquide, on perçoit l'égophonie. Cependant elle peut se suspendre momentanément, comme la pectoriloquie, pendant quelques minutes et même pendant quelques heures, et par le même motif que cette dernière, par le fait de l'obstruction des bronches par la matière des crachats. La pectoriloquie et l'égophonie se trouvent parfois réunies dans le même sujet, lorsqu'il existe à la fois des cavités ulcéreuses dans le poumon et un épanchement pleurétique peu abondant dans le point correspondant. Lorsque le malade guérit, le chevrotement disparaît longtemps avant la pectoriloquie, et même celle-ci peut persister après la guérison par la transformation de la cavité ulcéreuse en fistule. M. Laënnec a rencontré plusieurs fois ce cas, qui l'a empêché pendant longtemps de distinguer l'égophonie de la pectoriloquie. Malgré la presque certitude de l'explication donnée par ce médecin sur l'égophonie, il conclut qu'on ne pourra la regarder comme un signe pathognomonique de l'épanchement dans la poitrine, que lorsqu'on l'aura vérifié par l'ouverture d'un grand nombre de cadavres d'égophones.

Le tintement métallique est un bruit de poitrine transmis par le pectoriloque, semblable à celui que ferait un grain de sable qui tomberait dans une coupe de métal ou de porcelaine. Il se fait entendre quand le malade respire, parle ou tousse (la pectoriloquie et l'égophonie n'ont lieu que lorsque le malade parle), mais surtout lorsqu'il tousse. Il paraît être produit par l'agitation de l'air à la surface d'un liquide épanché dans la cavité de la poitrine, par la respiration, la voix ou la toux, comme cela a lieu dans l'hydrothorax, ou dans une vaste cavité tuberculeuse, à moitié remplie de pus, existant dans le poumon. Il indique toujours des conduits fistuleux communiquant des bronches aux cavités ulcérées du poumon, ou des fistules de la plèvre, communiquant aux divisions bronchiques, comme cela a lieu dans la vomique, ou l'empyème lorsqu'on voit le pus passer par les bronches pour être expectoré. Ce phénomène est très-distinct du précédent, puisqu'il n'y a qu'un bruit de produit, et non des paroles transmises; c'est du reste un phénomène beaucoup plus rare que l'égophonie et surtout que la pectoriloquie.

L'emploi du pectoriloque ne se borne pas à explorer la pectoriloquie et les différens sons dont nous venons de parler; par son moyen, on apprécie encore le bruit que fait dans la

poitrine le jeu de l'air dans l'acte de la respiration, et celui des mucosités bronchiques, lorsque l'air les déplace par suite de la même fonction, ou lors de la toux, etc., c'est-à-dire le râle.

Auscultation de la respiration. La perception du jeu de l'air dans les cellules pulmonaires, au moyen du pectoriloque, est désignée, par M. Laënnec, sous le nom de *respiration*, phénomène qui eût peut-être exigé la création d'un nom particulier; car on peut le confondre avec la fonction connue de tout temps sous ce nom : pour nous faire entendre, nous l'appellerons *respiration pectorale.* Si on applique le cylindre sur la poitrine d'un homme sain, on entend pendant l'inspiration et l'expiration un murmure léger, mais extrêmement distinct, qui indique la pénétration de l'air dans le tissu pulmonaire, et son expulsion : ce bruit est comparable, comme nous l'avons dit, à celui que fait entendre à l'oreille nne un homme qui, pendant un sommeil profond, mais paisible, fait de temps en temps une grande inspiration. On entend la respiration pectorale dans tous les points de la poitrine, surtout dans ceux où les poumons sont les plus voisins de la surface de la peau. Sur la trachée, et même un peu à la racine des bronches, le bruit de la respiration pectorale a un caractère particulier, qui fait reconnaître évidemment qu'elle se passe dans un conduit plus vaste que les cellules aériennes; assez souvent, en outre, il semble que le malade attire, en inspirant, l'air contenu dans le tube du stéthoscope, et l'y repousse en expirant. Pour bien juger de l'état de la respiration pectorale, il ne faut pas s'en rapporter à un premier examen : diverses circonstances pouvant diminuer la force ou la fréquence de l'inspiration et de l'expiration, ce n'est qu'au bout de quelques secondes que l'on peut en bien juger; l'épaisseur des vêtemens, même lorsqu'elle est considérable, ne diminue pas sensiblement l'intensité du bruit entendu par le cylindre, s'il n'y a pas de frottement de ces vêtemens, et si l'on fait un profond silence, non plus que l'embonpoint excessif, ou l'infiltration des parois de la poitrine.

Le murmure de la respiration pectorale est d'autant plus sonore qu'elle est plus fréquente. Une inspiration très-profonde, mais faite très-lentement, s'entend quelquefois à peine, tandis qu'une inspiration incomplette, et dans laquelle la dilatation des parois du thorax est à peine sensible à l'œil, peut être très-bruyante si elle est faite avec rapidité. Par cette raison, lorsqu'on veut explorer la respiration à l'aide du cylindre, il est bon, surtout si l'on est peu exercé, de recommander au malade de respirer un peu fréquemment : ce qui a lieu sans effort dans la plupart des maladies thoraciques, où ce genre de respiration n'est que trop commun. Plusieurs autres causes

peuvent faire varier l'intensité du bruit de la respiration dans la poitrine : l'âge surtout a une grande influence à cet égard. Chez les enfans, la respiration pectorale est très-sonore et même bruyante ; il y a en outre dans la nature du bruit produit un caractère qui la distingue de celui de l'adulte ; on croit sentir les cellules aériennes du poumon se dilater chez les enfans dans toute leur ampleur, tandis qu'elles ne se développent qu'à moitié, à cause de la dureté de leurs parois, chez les adultes. Nous sommes forcés d'avouer qu'il faut une grande délicatesse de tact pour apercevoir cette différence dans la dilatation ; on pourrait même craindre que l'imagination de l'auteur n'ait eu plus de part dans cette distinction que la nature n'en admet en réalité.

Un petit nombre d'individus conservent jusqu'à l'extrême vieillesse ce que M. Laënnec appelle la *respiration puérile*, c'est-à-dire une respiration pectorale, semblable à celle des enfans, dont nous venons de parler. Ce sont presque toujours des hommes ou des femmes d'une constitution nerveuse qui conservent dans leur caractère quelque chose de la mobilité et de l'irascibilité de l'enfance. Cette respiration puérile se montre dans quelques affections pathologiques, comme nous le dirons plus bas, particulièrement lorsque les poumons sont devenus imperméables par suite d'une maladie aiguë, etc.

La respiration (fonction) la plus bruyante, toutefois sans râle, ne se fait pas entendre pour cela avec plus de force sous le pectoriloque, comme on l'observe dans certaines dyspnées, dans le ronflement pendant le sommeil, etc. Ce bruit, qui se passe dans les fosses nasales et à l'arrière-bouche, tient à la manière dont l'air frappe la glotte, le voile du palais et les parois des fosses nasales, et ne dépend d'aucune cause plus profonde : ce qui explique pourquoi l'exploration n'en donne aucun signe.

Lorsqu'on entend distinctement et avec une force à peu près égale le jeu de la respiration, à l'aide du pectoriloque, sur tous les points de la poitrine, on peut assurer qu'il n'existe ni épanchement dans les plèvres, ni engorgement d'une nature quelconque dans le tissu pulmonaire. Lorsqu'au contraire la respiration ne s'entend pas dans une certaine étendue, on peut assurer que la partie correspondante du poumon est devenue imperméable à l'air par une cause quelconque. Quant à la fonction respiratoire, on apprécie bien sa force, sa fréquence, etc., chez les individus, sans instrument ; ceux-ci ne servent qu'à indiquer dans quelle partie du poumon l'air pénètre.

Auscultation du râle. C'est un bruit qui a lieu dans la trachée-artère des agonisans, par suite du mouvement que l'air

inspiré ou expiré imprime aux mucosités qui s'y accumulent. M. Laënnec applique, dans un sens plus étendu, ce nom à toute espèce de bruit produit par le passage de l'air à travers des liquides quelconques qui se trouvent dans les bronches ou dans le tissu pulmonaire. Il trouve des avantages à les explorer à l'aide du cylindre. Ce médecin distingue quatre espèces de râles : 1°. le râle humide ou *crépitation*; 2°. le râle muqueux ou *gargouillement*; 3°. le râle sec, sonore, ou *ronflement*; 4°. le râle sibillant sec ou *sifflement*.

Le *râle crépitant* consiste dans un bruit que l'on peut comparer à celui du sel de cuisine que l'on fait décrépiter sur le feu, ou à celui que fait entendre le tissu d'un poumon sain que l'on presse entre les doigts; il se manifeste pendant l'inspiration, et on le perçoit à l'aide du pectoriloque : M. Laënnec le regarde comme le signe pathognomonique de la péripneumonie commençante. Nous ne saurions nous dispenser de faire remarquer ici combien il peut y avoir d'inconvéniens à faire résider le diagnostic d'une maladie aussi grave sur un signe unique aussi frêle, au lieu de le baser sur l'étude de l'ensemble des symptômes, comme l'ont fait tous les grands praticiens dont les écrits honorent à juste titre notre profession. On rencontre encore ce râle dans l'œdème du poumon, et quelquefois dans l'hémoptysie, mais jamais dans aucun autre cas.

Le *râle muqueux* est celui que produit le passage de l'air à travers des crachats accumulés dans la trachée ou les bronches, ou à travers la matière tuberculeuse ramollie dans une cavité ulcéreuse du poumon : c'est le râle des mourans. Il est le seul que l'on puisse entendre à l'oreille nue, encore cela n'a-t-il lieu que lorsqu'il a son siége dans la trachée ou dans les gros rameaux bronchiques; le cylindre le fait entendre, comme tous les autres, dans quelque partie du poumon que ce soit; il existe parfois dans la péripneumonie au deuxième ou au troisième degré, dans le catarrhe pulmonaire, le ramollissement des tubercules, l'apoplexie pulmonaire, etc. J'avoue que je n'entends pas bien la distinction que l'auteur fait de ce râle, avec celui qu'il appelle plus loin (tome II, p. 89) *râle trachéal*, si c n'est que leur siége est différent.

Le *râle sonore*, *sec*, consiste en un son plus ou moins grave, et quelquefois extrêmement bruyant, qui ressemble tantôt au ronflement d'un homme qui dort, tantôt au son d'une corde de basse que l'on frotte avec le doigt, ou au roucoulement des tourterelles. Cette imitation est telle, dit M. Laënnec, qu'on serait tenté de croire qu'une tourterelle est cachée sous le lit du malade. Ce râle n'a lieu que dans une partie peu étendue du poumon, et son siége est ordinairement dans des fistules pulmonaires d'une médiocre capacité, ou dans des

tuyaux bronchiques dilatés et d'un petit diamètre. Il est difficile de déterminer quelle peut être la cause de ce râle. La nature du bruit perçu n'a rien qui indique qu'il soit dû au passage de l'air à travers une matière quelconque ; et, à l'ouverture des cadavres, on trouve fort peu de mucosités dans les points où il se fait entendre. Sa nature, en quelque sorte musicale, porterait à croire qu'il est produit par un changement dans la forme des canaux que l'air parcourt dans les poumons ; il y a aussi quelque raison de soupçonner que ce râle a lieu toutes les fois qu'une cause quelconque, comme le voisinage d'une tumeur ou d'une glande engorgée, la pression exercée par une inflammation locale et peu étendue du tissu pulmonaire, la présence d'une masse un peu volumineuse de mucus bronchique très-tenace et non mêlé d'air, ou un gonflement local de la membrane interne du poumon, etc., rétrécit l'ouverture d'un rameau bronchique, et en rend l'origine plus étroite que le reste de son trajet.

Le *râle sibillant sec* ressemble parfois à un petit sifflement prolongé, grave ou aigu, sourd ou assez sonore ; d'autres fois, au contraire, ce bruit est de très-courte durée, et ressemble aux cris des petits oiseaux, à l'espèce de bruit que font entendre deux plaques de marbre enduites d'huile et que l'on sépare brusquement l'une de l'autre, ou enfin au cliquetis d'une petite soupape. Ces diverses variétés du râle sibillant existent souvent à la fois dans diverses parties du poumon, ou se succèdent dans le même point : circonstances qui doivent en rendre l'appréciation extrêmement difficile. Ce râle paraît produit par une mucosité peu abondante, mais très-visqueuse, obstruant plus ou moins complétement les petites ramifications bronchiques.

Dans les quatre espèces de râle qui viennent d'être indiquées, on doit distinguer, outre la nature particulière du bruit qui les caractérise, une sorte de léger frémissement qu'ils impriment au cylindre toutes les fois que le point où ils ont lieu se trouve situé immédiatement audessous de celui où le cylindre est appliqué. Ce frémissement fort analogue à celui que produit la voix elle-même sur les parois thoraciques, peut quelquefois, comme ce dernier, être senti à la main, et, dans quelques cas, il y est beaucoup plus sensible qu'à l'instrument. Il est en général extrêmement fort dans le râle muqueux et le ronflement, un peu moins dans le râle crépitant et moins encore dans le sibillant, surtout quand ce dernier est lui-même peu bruyant. Si le râle a son siége dans un point éloigné de celui où est appliqué le cylindre, quoiqu'on l'entende très-distinctement et même fortement, on ne sent point le frémissement dont il s'agit. Quand on ne le sent dans aucun point de

la poitrine, c'est une preuve qu'il a son siége dans les parties les plus centrales du poumon. M. Laënnec, qui convient que ce signe peut paraître *subtil*, affirme pourtant que rien n'est plus facile à saisir, et qu'il est à peine besoin de quelques minutes d'étude pour apprendre à distinguer, à l'aide du stéthoscope, le degré d'éloignement du point où le râle a lieu.

Certains râles, quoique très-forts, peuvent n'être pas entendus à un ou deux pouces du point où ils ont leur siége : cela a surtout lieu pour le râle muqueux et le râle crépitant. Le ronflement, au contraire, et le râle sibillant s'entendent quelquefois d'un côté à l'autre de la poitrine, et, par cette raison, ils compliquent souvent les autres espèces.

Les caractères de chacune des espèces de râle, au dire de M. Laënnec, sont tellement tranchés; les bruits qu'ils font entendre sont souvent si sonores, que cette cathégorie de signes lui a semblé d'abord, entre ceux que l'auscultation peut fournir, la plus propre à faire distinguer les diverses maladies du poumon, ou les accidens notables de ces maladies; cependant il a reconnu ensuite que le râle était loin de fournir des données aussi importantes et aussi nombreuses que celles tirées des effets de la respiration et de la voix sur le même organe.

Auscultation de la fluctuation des liquides contenus dans la poitrine. On entend quelquefois à l'oreille libre la fluctuation d'un liquide placé dans une cavité ulcéreuse du poumon pendant la toux, comme lorsqu'il y a du pus qui remplit en partie de vastes tubercules; mais dans aucun cas on n'entend à l'oreille la fluctuation des liquides épanchés dans la cavité des plèvres. Ainsi on doit regarder comme erronée l'assertion d'Hippocrate, qui prétend qu'on peut entendre de cette manière le bruit de l'eau dans l'hydrothorax; au contraire la méthode de la succussion indiquée dans un des ouvrages attribués au père de la médecine fait connaître qu'on peut par son moyen entendre le flot d'un liquide contenu dans la plèvre; mais pour cela il est indispensable qu'il y ait en même temps épanchement d'air dans cette cavité thoracique. Lors de cette complication, en secouant le malade on entend bien le flot dans la poitrine; mais même les mouvemens spontanés auxquels le sujet se livre, peuvent causer un bruit qu'il perçoit lui-même, comme on en trouve des exemples dans l'ouvrage de M. Laënnec. Si le bruit du flot est trop faible pour être entendu à l'oreille, le cylindre le fait percevoir très-distinctement.

Toutes les fois donc qu'on soupçonnera l'épanchement d'un liquide aqueux, purulent ou sanguin dans la plèvre, et qu'on obtiendra la perception d'un bruit, soit par la succussion, soit par des mouvemens spontanés, on devra conclure que la cavité n'est point entièrement remplie par ce liquide, puisqu'il y

a du bruit de produit, phénomène qui n'arrive jamais dans les cavités pleines, et, en second lieu, qu'il y a de l'air épanché dans la même cavité. M. Laënnec assure que la succussion est un moyen très-convenable à employer, qu'elle ne fatigue point le malade, qu'il suffit même de lui secouer l'épaule du côté de l'épanchement, et qu'on en peut tirer, dans beaucoup de cas, le signe certain d'un épanchement thoracique. Un des avantages de la succussion, si elle donne pour résultat le flot de la poitrine, sera peut-être de rendre plus fréquente l'opération de l'empyème, que l'auteur de l'ouvrage où nous puisons ces détails déclare être moins fâcheuse qu'on ne le dit dans les livres, et qu'il conseille de pratiquer entre la quatrième et la cinquième côte, en allant de haut en bas, aulieu de la faire entre la sixième et la septième, lieu indiqué jusqu'ici; ce qui, suivant lui, a des inconvéniens.

Auscultation de la circulation. Un dernier emploi du pectoriloque consiste à s'en servir pour parvenir à l'appréciation des mouvemens divers du cœur. Appliqué sur la région précordiale, cet instrument rend tous les battemens de ces cavités d'une manière très-distincte; il les fait entendre où l'oreille appliquée au même lieu ne les rendrait pas avec la même fidélité; de plus on peut employer le cylindre sur des points où l'oreille ne pourrait s'appliquer. C'est par le moyen du stéthoscope que M. Laënnec a décrit les mouvemens naturels du cœur d'une manière plus exacte qu'on ne l'avait fait jusqu'ici, et qu'il est parvenu à établir plus sûrement le diagnostic de quelques maladies du cœur.

Ainsi, en résumant les différens signes que M. le docteur Laënnec a obtenus à l'aide de son instrument, nous trouvons la pectoriloquie, l'égophonie, la respiration pectorale, les diverses sortes de râle, le tintement métallique, et enfin l'auscultation de la fluctuation des liquides, et celle de la circulation dans le cœur. C'est par l'inspection des fonctions de la voix, de la respiration et de la circulation qu'il les a obtenus. Voyons maintenant l'application qu'il fait, au diagnostic des maladies, de l'étude de ces signes.

§. IV. *Moyens de reconnaître différentes maladies de la poitrine par les signes tirés de l'auscultation.*

De la phthisie pulmonaire. Cette maladie a été l'origine de la découverte de la pectoriloquie, et par suite de la méthode de l'auscultation médiate, et c'est elle qui fournit le plus fréquemment à son auteur l'occasion de se servir du cylindre. Chez un sujet soupçonné de phthisie, en promenant cet instrument sur la poitrine, on découvre de suite s'il y a des cavités tuberculeuses dont la matière soit ramollie, ce qui caractérise mieux la maladie que tous les symptômes de la maladie, qui,

pris séparément, dit M. Laënnec, n'indiquent rien, et dont la réunion peut même encore laisser des doutes.

Non-seulement au moyen de la pectoriloquie on découvre les ulcérations tuberculeuses, mais encore le nombre de ces cavités, leur étendue, leur situation plus ou moins profonde, plus ou moins voisine de la surface du poumon.

La pectoriloquie commence aussitôt que le ramollissement des tubercules a lieu, et que la matière passant dans les crachats, fournit une expectoration purulente: jusque-là il n'y en aura pas de produite, comme il est aisé de le pressentir. Si, chez un sujet qui a été pectoriloque, l'excavation tuberculeuse vient à se cicatriser au moyen d'une membrane presque cartilagineuse, comme M. Laënnec s'est assuré que cela pouvait avoir lieu, les malades guérissent de cette affreuse et très-fréquente maladie; mais ils restent pectoriloques.

Nous avons indiqué plus haut, en parlant de la pectoriloquie les variétés qu'elle présente, vraie, douteuse, imparfaite, etc., suivant l'état des sujets, ainsi que la cause du tintement métallique dû aux tubercules à moitié remplis par la matière tuberculeuse, ce qui nous dispense d'y revenir ici; nous ajouterons seulement que le râle muqueux circonscrit existe s'il y a excavation tuberculeuse, râle que l'auteur dit imiter dans son bruit les sons *glou*, *glou*. On y peut entendre de plus de la fluctuation et du tintement métallique.

La présence de la pectoriloquie sert à distinguer de la phthisie des affections qui y ont le plus grand rapport, comme le catarrhe chronique ou la pleurésie de même nature : dans ces deux dernières affections il n'y a pas de pectoriloquie, tandis qu'elle existe toujours dans la phthisie, même lorsqu'il y a extinction de voix. La phthisie nerveuse ou *sans matière*, comme l'appelle M. Laënnec, se distingue encore de la tuberculeuse, la seule admise par l'auteur avec celle-ci, qui rejette par conséquent toutes les autres espèces reconnues par M. Bayle, par la même absence de la pectoriloquie. Dans la phthisie tuberculeuse, qui ne se présente pas avec les phénomènes accoutumés, la pectoriloquie servira encore à la faire reconnaître au milieu de tous les épiphénomènes qui l'obscurcissent; elle la démontre aussi chez des individus qui paraissent en santé, mais chez lesquels il existe cependant un ou même quelques tubercules.

M. Laënnec déclare que la pectoriloquie est un signe tellement certain de la phthisie, que sur deux cents sujets pectoriloques dont il a fait l'ouverture, il n'a pas manqué une seule fois de vérifier sa coïncidence avec la présence des cavités. Depuis trois ans qu'il emploie la méthode de l'auscultation, il

n'en a obtenu que des avantages dans le diagnostic des maladies de poitrine, et surtout dans celui de la phthisie.

M. Laënnec ne porte point de la phthisie un pronostic aussi désolant que les médecins qui ont écrit jusqu'ici sur cette funeste maladie; il la croit, dans quelques cas, susceptible de guérison par la cicatrisation de la cavité tuberculaire, au moyen d'une sorte de membrane cartilagineuse dont se revêtent à l'intérieur les tubercules ulcérés; il a fait graver dans son ouvrage des cicatrices observées chez des phthisiques, afin de mettre cet état pathologique hors de doute (t. 1, pl. 2).

Dilatation bronchique. M. Laënnec a observé dans des cas assez fréquens des dilatations de ramuscules bronchiques chez les sujets affectés d'anciens catarrhes; quelquefois la dilatation est peu visible, d'autres fois elle va jusqu'à pouvoir contenir une aveline. S'il y a des dilatations nombreuses, elles produisent un catarrhe qui dure autant que la vie de l'individu, mais qui est sans danger marquant. La présence de ces cavités bronchiques s'annonce par la pectoriloquie, ce qui s'explique d'après ce que nous voyons arriver pour les tubercules des phthisiques. L'auteur n'a pu vérifier qu'une seule fois par l'ouverture du cadavre la certitude de la pectoriloquie par les dilatations bronchiques, ce qui tient à ce que cette maladie est rarement mortelle.

Péripneumonie. Cette maladie, dont le seul signe certain consiste, d'après M. le docteur Laënnec, dans des crachats blancs, rouillés, tenaces, mêlés de bulles d'air, et dont le caractère anatomique est de causer des granulations dans le tissu du poumon, se distingue dans le premier degré par l'apparition du râle crépitant, et dans ses progrès par l'absence de la respiration pectorale; quelquefois on y distingue aussi le râle muqueux. La respiration pectorale est *puérile* à l'endroit sain. On commence à percevoir la respiration autour de l'endroit attaqué, si la guérison a lieu, et toujours par la partie supérieure du point malade. On sait que dans beaucoup de cas la péripneumonie est insidieuse : or, avec le pectoriloque on découvre ces péripneumonies cachées aux signes que nous venons d'indiquer, et que la percussion, autre moyen fort bon de découvrir aussi cette maladie, n'indique pas toujours d'une manière aussi certaine. M. Laënnec dit qu'ici le pectoriloque rectifie les erreurs de la percussion; cependant il ne prétend pas qu'il faille pour cela négliger d'employer cet excellent moyen d'investigation qui a aussi, de son aveu, ses avantages. Dans la péripneumonie on perçoit la respiration dans la portion pulmonaire qui a été enflammée, deux ou trois jours avant que la poitrine devienne plus sonore, si le malade guérit.

Gangrène du poumon. Cette rare maladie dont M. Laënnec

a observé quelques cas, consiste dans une excavation gangréneuse développée dans le tissu de l'organe; elle produit la pectoriloquie et quelquefois le tintement métallique. Nous en avons observé, il y a huit à dix ans, un cas que nous n'avions aucunement soupçonné avant l'ouverture du cadavre.

Emphysème du poumon. C'est encore ici une altération dont la découverte bien circonstanciée est due à M. Laënnec, et qu'il décrit dans le curieux ouvrage où il expose sa méthode d'auscultation, ce qui le rend doublement instructif. Dans l'état ordinaire, chaque cellule pulmonaire a environ l'étendue capable de contenir un quart de grain de mil; lorsqu'il est emphysémateux, ces mêmes cellules peuvent renfermer depuis un grain de mil jusqu'à un haricot et plus; elles se crèvent parfois, et répandant l'air qu'elles contiennent dans les autres cellules, elles produisent l'emphysème de l'organe. Si on percute alors la poitrine de ces malades, elle présente un son clair qui éloigne l'idée de toute altération; mais l'emploi du pectoriloque montre que l'air de la respiration ne pénètre point dans les portions emphysémateuses. Il est donc, comme on voit, nécessaire d'unir ces deux moyens d'appréciation pour reconnaître l'emphysème du poumon, maladie assez commune, et qui produit une sorte d'asthme, le moins nuisible de tous, et avec lequel on peut vivre longtemps sans beaucoup d'inconvéniens. L'absence de la respiration pectorale peut s'expliquer par la présence de mucosités bronchiques qui obstruent les ouvertures des cellules, et empêchent l'air d'y pénétrer, et aussi peut-être parce que les cellules dilatées pressent sur celles qui sont voisines.

Productions accidentelles dans le poumon. L'auscultation médiate permet quelquefois de soupçonner la présence de ces productions, si elles sont un peu volumineuses, mais non leur nature. L'absence de la respiration pectorale, dans une grande étendue, indique la présence d'une grosse tumeur dans le poumon, que ce soit un kyste, une hydatide vésiculaire, une production osseuse, crétacée, etc., tandis qu'on l'entend autour de la tumeur : si la matière de ces tumeurs était susceptible de se ramollir, et qu'elle sortît par les bronches, il y aurait alors pectoriloquie, etc. Les tubercules volumineux, mais non ramollis, s'aperçoivent aux mêmes signes, et leur ramollissement de même. Entre les tubercules on entend facilement la respiration pectorale.

Pleurésie. Cette maladie, que la percussion indique avec assez d'exactitude, quoique moins bien que la péripneumonie, est dénotée avec beaucoup plus de certitude par l'absence de la respiration pectorale et par la présence de l'égophonie, qui résulte, comme nous l'avons dit plus haut, de l'épanchement

d'un liquide, lequel épanchement a presque constamment lieu dans les pleurésies, même à l'état aigu. On reconnaît que la maladie est en voie de guérison par le retour de la respiration pectorale, et la cessation de l'égophonie.

Dans les pleurésies où l'épanchement est en quantité plus remarquable, comme cela a lieu dans les pleurésies chroniques, M. Laënnec a remarqué un phénomène déjà entrevu par d'autres, c'est que le côté malade de la poitrine prend plus de développement, ce que l'on voit avec évidence par la mensuration des deux cavités, ou même par leur comparaison. Après la guérison, lorsque le cas a lieu, non-seulement cette cavité revient à son calibre habituel, mais encore elle se rapetisse visiblement, conformation qui persiste jusqu'à la fin des jours de ces individus, et qui se reconnaît chez eux à une manière d'être extérieure particulière; ils ont l'air d'être penchés sur le côté de la poitrine qui a été malade; l'épaule est plus basse, les côtes plus rapprochées, et le grand pectoral présente un volume de moitié moindre que celui du côté opposé: la colonne vertébrale conserve ordinairement sa rectitude; cependant elle fléchit quelquefois un peu par l'habitude que prennent les sujets d'être inclinés sur le côté. M. Laënnec a fait graver un individu conformé ainsi, dans son Ouvrage (tom. I, pl. IV). Au surplus, cet état, qui est plus commun qu'on ne le supposerait, et qui est le plus souvent ignoré de ceux qui en sont atteints, paraît sans inconvénient; tous les individus le rapportent à des maladies antérieures, longues et obscures de la poitrine, qui n'ont pas même toujours eu beaucoup de gravité. Il est bon d'être prévenu que, chez ces individus, la poitrine ne redevient jamais sonore, quoiqu'elle fasse toutes ses fonctions avec une intégrité parfaite chez le plus grand nombre. Ce rétrécissement paraît causé par l'adhérence de la plèvre costale avec le poumon, à la suite d'épanchemens résolus qui avaient empêché pendant un certain temps le poumon contigu d'être propre à la respiration, et qui en avaient produit le retrait.

Hydrothorax. La dilatation de la poitrine dans cette maladie est connue depuis fort longtemps, et est signalée de nouveau par M. Laënnec, qui indique comme signe de l'épanchement le son mat de la cavité pectorale au moyen de la percussion, et l'absence de la respiration pectorale perçue par le stéthoscope.

Pneumothorax. Cette maladie, connue depuis quelques années seulement, est traitée, en plusieurs endroits de l'ouvrage de M. Laënnec, avec de grands détails. Il reconnaît, parmi les causes les plus fréquentes de la production de l'air dans les cavités pleurétiques, la décomposition du pus après des

épanchemens pleurétiques, celle du sang après des hémorragies de la même cavité, ou une communication avec les bronches par suite d'altération de la plèvre et de la substance des poumons, ou bien après des escarres gangréneuses de ces deux parties; il indique encore quelques autres causes moins fréquentes. On reconnaît le pneumothorax en faisant concourir, comme pour plusieurs autres maladies de la poitrine, la percussion et l'auscultation; l'une donne un son plus clair du côté malade, ce qui pourrait en imposer, en faisant croire que le côté sain est le siége du mal, puisqu'il rend un bruit moins sonore, si on n'était pas averti de cette circonstance, et l'autre indique l'absence de la respiration pectorale. La cavité de la poitrine, du côté où est l'épanchement aérien, se dilate aussi; mais comme cette dilatation a lieu dans plusieurs autres affections, elle ne donnerait pas les véritables signes du pneumothorax, qui sont ceux que nous venons d'indiquer.

L'emphysème du poumon présente à peu près les mêmes signes que le pneumothorax; mais, dans le premier, la production gazeuse s'est faite lentement, un râle léger existe toujours, la santé est peu compromise, puisque les malades vaquent à leurs affaires, etc., toutes circonstances qu'on ne rencontre pas dans le pneumothorax, où la respiration pectorale s'entend encore à la racine du poumon, tandis que cela n'a jamais lieu dans l'emphysème de cet organe.

Œdème du poumon. Cette affection que M. Laënnec observe n'être décrite nulle part, est pourtant fort connue de tous ceux qui ont l'habitude d'ouvrir des cadavres, et qui la distinguent fort bien, ainsi que lui, de l'infiltration des parties déclives du poumon qui a lieu pendant l'agonie, ou après la mort. Il y a plus de quinze ans que nous avons l'occasion de voir des exemples fréquens de cet état du poumon. De Haën, Baraillon, Lepois, Barrère (cité par M. Laënnec) en ont traité d'une manière spéciale. Les nouveaux développemens donnés par M. Laënnec, étant beaucoup plus précis et basés sur des ouvertures cadavériques portent un degré d'intérêt de plus, et augmentent la somme de nos connaissances sur ce point. Il indique comme signe de l'existence de l'œdème des poumons une diminution dans la respiration pectorale, coïncidant avec un râle crépitant. Il observe au surplus que si le cas se complique d'emphysème du même organe, il devient presque méconnaissable, et que même dans l'affection simple il n'est pas toujours facile de le différencier de la péripneumonie commençante, si on n'appelle à son aide les symptômes généraux.

Apoplexie pulmonaire. Sous ce nom M. Laënnec indique l'irruption du sang dans le tissu du poumon qui avait été précédemment désignée par M. le professeur Leroux, sous le titre de

coup de sang dans la poitrine, dans une observation qu'il a consignée dans le Journal de médecine (tom. IX, pag. 132), et que nous avions appelée dans l'article *exhalation* de ce Dictionaire de celui d'*apoplexie pectorale* (tom. XIV, pag. 175). Il pense que la plupart des hémoptysies sont dues à une semblable congestion sanguine pulmonaire, dont la guérison a lieu par les crachats sanguins, quelquefois d'une abondance extrême dans le commencement, et que d'autres fois, si le sang est porté trop vivement sur le tissu de l'organe, il en résulte une mort subite, comme dans les cas que nous avons cités au mot *exhalation*. M. Laënnec reconnaît à deux signes l'épanchement sanguin dans le poumon; le premier est l'absence de la respiration pectorale dans une portion circonscrite du poumon autour de l'engorgement hémoptysique, et le second l'existence d'un râle muqueux.

Catarrhe pulmonaire. La percussion était jusqu'ici le seul moyen physique de s'assurer de la présence de cette maladie. M. Laënnec y joint les signes suivans qui appartiennent à l'auscultation. On y entend d'abord un râle sonore, puis ensuite le râle muqueux; l'étendue du râle indique celle du catarrhe; il y a en outre, suspension de la respiration pectorale dans le point malade, due à l'obstruction momentanée d'un rameau bronchique par le mucus. Ce médecin avoue que ces signes sont quelquefois communs avec ceux de plusieurs autres maladies du poumon, mais alors il appelle à son aide les autres phénomènes morbifiques qui les distinguent.

Le catarrhe chronique du poumon se confond bien fréquemment avec la phthisie, soit dans sa marche, soit dans ses symptômes; mais l'auscultation distingue de suite ces deux affections: dans le catarrhe chronique, il n'y a pas de pectoriloquie, pas de gargouillement de la matière tuberculeuse, ni absence de la respiration pectorale; si ces symptômes persistent pendant deux ou trois mois, on peut être assuré que le malade n'est affecté que d'un catarrhe chronique, maladie qui laisse beaucoup plus de chances de guérison que la phthisie.

L'asthme, nom sous lequel on confond tant de maladies de la poitrine, peut également être confondu avec le catarrhe chronique; le cylindre en fera distinguer plusieurs, tels que ceux dus à la dilatation bronchique, à l'emphysème du poumon, au catarrhe chronique, à une lésion organique du cœur, etc., reste donc l'asthme vrai, maladie dont l'existence est hors de doute, mais qui est beaucoup moins fréquente qu'on ne l'admet dans la pratique, ou même dans les livres.

Maladies du cœur. L'auteur consacre un demi-volume à traiter de ces maladies, comme il en avait employé le même espace à parler de la phthisie, deux maladies dont il s'est par-

ticulièrement occupé, et pour lesquelles paraît surtout avoir été écrit le traité de l'auscultation, ce qui lui a donné en quelque sorte l'occasion de refaire les ouvrages de MM. Corvisart et Bayle sur ces deux sujets, et d'y ajouter des faits intéressans.

Un des avantages de la méthode de l'auscultation dans les maladies du cœur, pour leur appréciation, consiste à distinguer le cas de l'augmentation de volume, de celui de la dilatation simple, c'est-à-dire de l'hypertrophie, ou anévrysme actif, d'avec l'anévrysme passif. Dans le premier, l'instrument sent un choc plus ou moins vif, plus ou moins étendu, sans bruit très-manifeste; dans le second, au contraire, il ne fait entendre qu'un bruit plus ou moins marqué sans impulsion évidente; s'il y a bruit et choc, la dilatation coïncide avec l'augmentation de volume. Le bruit le plus clair est dû aux oreillettes, d'après M. Laënnec, qui a mis beaucoup de soin à analyser les différens mouvemens de contraction et de dilatation des cavités du cœur, ainsi que les mouvemens artériels qui constituent le pouls; avec le stéthoscope, on sent des battemeus du cœur, qui n'étaient pas apercevables à la main, et on entend le bruit qu'ils font lorsque l'oreille appliquée ne distinguait aucun son, au dire de l'auteur. On juge, par conséquent, avec plus de facilité par cette méthode les mouvemens intermittens ou irréguliers du cœur, que par aucune autre.

Une remarque des plus intéressantes, si elle est constante, c'est que, suivant M. Laënnec, le pectoriloque permet de distinguer les anévrysmes des gros vaisseaux de ceux du cœur, cas très-embarrassant dans la pratique lorsque ces anévrysmes sont situés dans la poitrine. Ce médecin a remarqué que les anévrysmes du cœur ont des battemens doubles, produits par la contraction successive des ventricules et des oreillettes, tandis que les anévrysmes artériels n'ont que des battemens simples, qui répondent à la contraction des premiers. Cependant l'auteur n'ose point encore avancer que cette distinction soit constante, quoique la théorie l'avoue.

L'emploi de l'auscultation médiate paraît tellement utile à M. Laënnec pour le diagnostic des maladies du cœur, qu'après avoir passé en revue les caractères par lesquels on les distingue ordinairement, il conclut *que l'auscultation médiate est le seul moyen de reconnaître les maladies du cœur*, mais il ajoute *que, de toutes les maladies qu'elle peut faire reconnaître, ce sont celles qui peuvent le plus souvent échapper à un observateur, même attentif.*

§. v. *De l'emploi du pectoriloque dans la pratique médicale.*

La méthode nouvelle d'interroger les maladies de la poi-

trine, que propose M. Laënnec, ne peut manquer d'exciter un vif intérêt parmi les personnes qui s'occupent de l'art de guérir. Un moyen en apparence aussi simple, qui ne demande que de l'attention et un peu d'usage, semble facile à mettre en pratique, et il n'est pas de médecin qui ne soit désireux de voir ce procédé admis dans l'usage médical et la pratique journalière, et qui ne soit charmé d'en retirer les avantages que lui accorde son auteur, tant pour s'éclairer dans l'appréciation des maladies qu'il est appelé à traiter, que pour vérifier l'exactitude des faits annoncés.

Cependant M. Laënnec, dans beaucoup d'endroits de son travail, ne cèle point les difficultés que la méthode qu'il propose présente encore; il avoue que sur bien des points il n'a point acquis toute la certitude désirable; il ajoute même, dans sa Préface, *que ses recherches n'ont pas encore tout le degré de perfection qu'il eût désiré leur donner.*

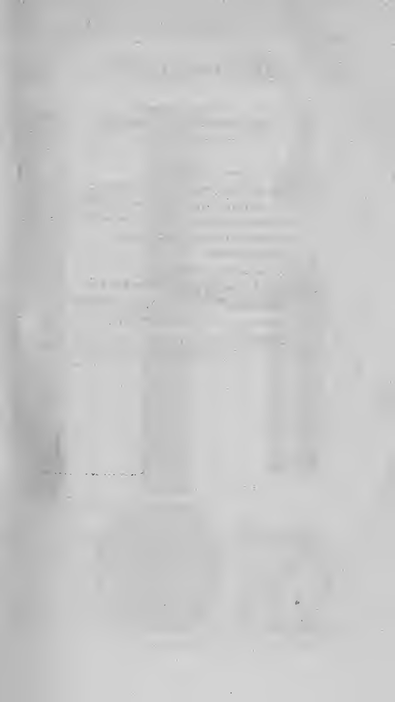
Effectivement on s'aperçoit, en lisant avec attention le Traité de l'auscultation médiate, que, dans beaucoup de cas, il faut un tact bien exercé pour apprécier des changemens déliés dans l'intensité d'un son, dans le genre de bruit produit; pour distinguer un sifflement d'un gargouillement; pour reconnaître exactement le lieu où se fait la respiration pectorale, la fluctuation d'un liquide contenu dans la plèvre, d'avec celle qui a lieu lorsqu'il est contenu dans une cavité du poumon, etc., etc. Les différentes espèces de pectoriloquie, de râle, de tintement métallique, etc., sont des phénomènes très-délicats à apprécier, et, avouons-le, d'une difficile connaissance. M. Laënnec, à force d'observations et de pratique, a pu se rendre leur distinction familière; mais il n'est pas donné à tout le monde d'y apporter le même soin, et de partager la ferveur que donne l'enthousiasme d'un procédé dont on est créateur, et dont on attend de grands résultats. Les médecins doivent voir avec plus de calme que son auteur la méthode proposée, en faire l'essai avec sang-froid, et ne se décider à l'employer que lorsque son avantage leur sera bien prouvé. Si l'on n'a pas ici à redouter les inconvéniens d'un médicament douteux, il n'en faut pourtant pas moins apporter une sage réserve à user d'un procédé qui a quelque chose de singulier en lui-même, et auquel il faut d'abord accoutumer le public. Il serait possible qu'on tirât de fausses conclusions d'un emploi peu éclairé de l'auscultation, et qu'elle donnât lieu de porter des pronostics fâcheux, ou de faire des traitemens inconsidérés.

Nous devons avouer que les essais que nous avons faits avec le pectoriloque ne sont point à l'avantage de cet instrument. Nous avons cherché à nous assurer de la pectoriloquie sur une malade que M. Laënnec a présentée lui-même à la société

de la faculté, comme pectoriloque, et qui était effectivement dans un degré très-avancé de phthisie : nous n'avons pu l'entendre; d'autres membres n'ont pas été plus heureux que nous; mais il faut dire que le lieu était peu propre à cette expérience, et que le bruit qui se faisait dans la salle pouvait empêcher de percevoir celui qui sortait des cavités tuberculeuses. Nous avons entendu la pectoriloquie du larynx, mais pas constamment, quoique la même personne fût dans les mêmes conditions. Quant à la respiration pectorale, nous avons essayé de la reconnaître sur quatre individus, un enfant de quinze mois, une fille de quatorze ans, une de vingt, et une femme de trente : chez aucun sujet, nous n'avons eu cet avantage. Quant aux mouvemens du cœur, nous les entendons infiniment mieux l'oreille appliquée sur le cœur qu'avec le stéthoscope; mais nous remarquons de nouveau que cela peut tenir à notre défaut d'habitude, à ce que nous avons peu observé, ou à des organes non *éduqués*.

En supposant même que l'auscultation médiate fût aussi certaine que son auteur la suppose; qu'elle eût tous les avantages qu'il lui accorde, ne serait-il pas à craindre, si cette méthode venait à acquérir une grande vogue, que les difficultés qu'elle présente lui donneront difficilement, qu'elle ne fît oublier la véritable étude des maladies, l'observation des phénomènes de la nature malade, la marche des symptômes que présentent les organes en proie aux altérations de toute espèce, et qu'on ne s'éloignât ainsi de la médecine hippocratique, de la route tracée par Sydenham, Baillou, Stoll, Boerhaave, et par tous les maîtres de l'art, pour y substituer une méthode mécanique, une médecine de *signes*, que sa facilité et sa certitude excuseraient à peine? Nous en appelons à M. Laënnec lui-même, dont nous avons été le condisciple sous notre savant maître Corvisart, et à qui nous avons vu étudier Hippocrate avec ardeur et même avec passion, bien qu'il fût dès-lors facile de prévoir que l'anatomie pathologique serait, pardessus tout, son objet de prédilection, et qu'elle dominerait un jour sa méthode de *faire* en médecine. Il n'existe pas, nous en sommes sûrs, dans ses intentions que nous mettions de côté nos bons auteurs pour nous en tenir à des moyens tout physiques; et nous sommes persuadés d'ailleurs que, paternité à part, il ne regarde sa méthode d'auscultation que comme un auxiliaire utile, qui ne doit pas nous détourner un instant de l'observation de la nature.

La méthode de l'auscultation médiate n'est d'aucun résultat pour le traitement des maladies; elle n'a donné aucune vue nouvelle sur celui qu'il pourrait être plus profitable de faire, et, sous ce rapport, elle a laissé les choses au point où elles étaient avant son apparition. Ceci, bien entendu, ne



PECTORILOQUE.

EXPLICATION DE LA PLANCHE.

Fig. 1. Le pectoriloque entier.

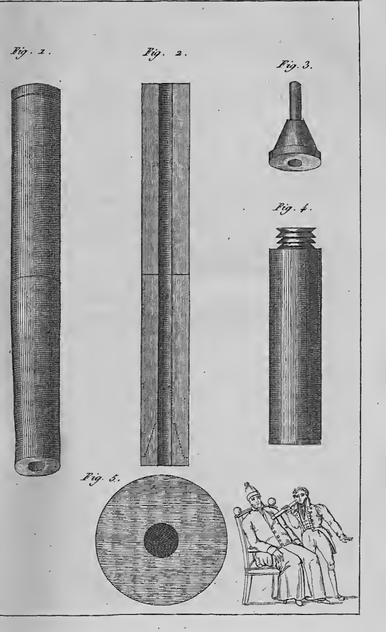
2. Coupe de l'instrument sur sa longueur, pour faire voir la cavité intérieure, avec l'enbout ponctué à l'extrémité inférieure, et la ligne médiane où l'instrument se visse en deux parties.

3. L'enbout démonté.

4. Une moitié du pectoriloque.

5. Plan de la base du pectoriloque. On voit à côté l'instrument appliqué sur la poitrine d'un malade, pour apprécier les différens bruits qui ont lieu dans la poitrine.

Stéthoscope *ou* Pectoriloque.





prouve rien contre cette méthode, et ce n'est point un reproche que nous adressons à son auteur; nous ne dirons point, à ce sujet, comme beaucoup de nos confrères, *cui bono* : le travail de M. Laënnec, à part sa méthode nouvelle, que nous ne pouvons juger en connaissance de cause, restera comme un livre renfermant des faits nouveaux et très-intéressaus d'anatomie pathologique, et justifiera, s'il en était besoin, la réputation qu'il s'est acquise dans notre art.

Nous pensons donc que, jusqu'à nouvel ordre, c'est-à-dire jusqu'à ce que des expériences nombreuses et faites par *beaucoup* de personnes aient prononcé sur la valeur de l'auscultation médiate, on doit s'abstenir de s'en servir dans la pratique ordinaire de la médecine, et réserver les nouveaux essais, nécessaires, pour les hôpitaux, seuls lieux où l'on pourra vérifier les assertions de l'auteur, afin d'en reconnaître l'exactitude, ou de les contester, s'il y a des motifs suffisans pour cela. (MÉRAT)

PECTORILOQUIE, s. f. : nom que M. le docteur Laënnec donne au son que rend la voix humaine en passant par les ulcérations du poumon, et que l'on perçoit à l'aide du pectoriloque méthodiquement appliqué sur le thorax du malade. *Voyez* PECTORILOQUE. (F. V. M.)

PÉDARTHROCACE, ou POEDARTHROCACE, s. m., de παῖς, παιδὸς, enfant, jeune personne, d'ἄρθον, jointure, et de κακὸν, mal. Tel est le nom que l'on donne à une affection à laquelle les enfans sont extrêmement sujets, et dans laquelle leurs articulations sont d'abord prises d'un gonflement extraordinaire, et bientôt après attaquées par la carie.

Marcus Aurelianus Severinus est le premier de tous les médecins qui ait donné ce nom à cette maladie, et c'est ainsi qu'il la désigne dans son Traité : *De recondità abscessuum naturà*. Il est aussi le premier qui ait cherché à en faire une maladie particulière, en l'isolant avec soin des autres affections avec lesquelles on l'avait jusqu'alors confondue, et en établissant d'une manière précise tous les caractères qui la distinguent dans son origine, sa marche, son traitement, etc.

Jusqu'à M. A. Severin, cette affection n'avait point été distinguée du spina ventosa : elle avait toujours été regardée comme étant absolument de la même nature. Cependant, frappé de sa fréquence chez les enfans, et de la variété de ses symptômes, cet auteur ne vit plus ici une simple variété, mais bien une maladie particulière au jeune âge, et qu'il chercha à spécifier par une dénomination nouvelle. En effet, le pédarthrocace n'étant, dans le plus grand nombre des cas, que la suite du rachitis, surtout chez les enfans scrofuleux, devait être extrêmement fréquent en raison de la multiplicité de ces deux vices.

Mais depuis ce chirurgien célèbre, on en est revenu à l'ancienne manière de voir, et le pédarthrocace a été de nouveau réuni au spina ventosa, dont il n'est plus regardé que comme une simple variété. Peut-être a-t-on bien fait; car s'il y a de l'avantage à bien distinguer toutes les espèces de maladies, à faire sentir toutes les différences, il y aurait également un grand inconvénient à établir des divisions et des distinctions subtiles, qui, basées sur de légères variétés, ne servent le plus souvent qu'à embarrasser.

Telle est l'opinion de M. Boyer. Le pédarthrocace n'est autre chose pour lui qu'un spina ventosa: il n'en fait point une mention particulière, et il attaque la distinction de M. A. Severin; car, dit ce professeur célèbre, « Quoique la douleur aiguë que le mot *spina* semble désigner, ne soit pas constante, et que l'air ou la matière lymphatique dont la dénomination arabe supposerait la tumeur remplie, soit une de ces allégations dépourvues de toute espèce de fondement, la dénomination proposée par Severin n'en est pas moins vicieuse, en ce qu'elle suppose que la maladie qu'elle désigne n'a lieu qu'aux pieds des enfans, et qu'elle ne se rapporte qu'à une espèce particulière. » Mais Severin n'avait sans doute pas eu cette idée, et, en donnant cette dénomination, il avait eu seulement égard aux parties qui étaient le plus fréquemment attaquées, sans nier cependant qu'elle ne pût se développer ailleurs.

Au reste, quelle que soit la différence apparente qui se trouve entre Severin et M. Boyer, il est facile de voir qu'elle ne roule que sur les mots, et que ces deux auteurs sont parfaitement d'accord sur les choses; ce qui est l'essentiel. Pour le prouver de la manière la plus claire possible, on ne saurait mieux faire que de rapporter le passage où l'auteur du Traité des maladies chirurgicales parle du pédarthrocace sous le nom de spina ventosa des enfans. « L'observation démontre, dit-il, qu'il existe deux espèces bien distinctes de spina ventosa : l'une, particulière aux enfans, et à laquelle ils sont sujets jusqu'à l'âge de puberté, affecte les os du métacarpe, ceux du métatarse et les phalanges, et dépend du vice scrofuleux. Elle s'annonce, se développe, et subsiste longtemps sans douleur, ou n'est accompagnée que de douleurs médiocres, et se termine fréquemment par la nécrose d'une partie de l'os affecté. Les seuls symptômes que cette première espèce présente, sont un gonflement dur et fusiforme de presque tout l'os malade, sans altération sensible des parties molles environnantes, précédé de douleurs sourdes, et quelquefois même indolent. Les mouvemens de la partie affectée se conservent longtemps, et ils n'éprouvent quelque

gène que lorsque la tuméfaction de l'os est devenue suffisante pour détourner notablement les tendons de leur direction naturelle, ou pour déformer les surfaces articulaires; ce qui arrive rarement. Les progrès de la maladie, et la distension à laquelle les parties molles sont exposées amènent leur ulcération, laquelle correspond toujours à quelque ouverture du cylindre osseux développé, et permet d'introduire une sonde dans la cavité que l'os renferme. L'ouverture extérieure devient fistuleuse, et laisse suinter longtemps une quantité médiocre de matière purulente, séreuse et mal élaborée. Cependant la partie reste indolente; la constitution du sujet ne s'altère pas, et s'il parvient ainsi à l'époque de la vie où la nature fait ordinairement des efforts salutaires contre le vice scrofuleux, cette spèce de *spina ventosa* peut guérir par la nécrose d'une partie de l'os altéré. Alors le séquestre se sépare, le reste des parties osseuses s'affaisse, la résolution s'opère, et la maladie se termine par une cicatrice enfoncée, adhérente et difforme. » Telle est l'histoire du pédarthrocace. On ne saurait tracer de cette affection un tableau plus exact et plus fidèle ; il est tel que Severin l'avait observé. Qu'importe, après cela, sous quel nom elle soit présentée? Mais presque tous les auteurs en ayant fait une seule question avec le spina ventosa, je renvoie à ce mot pour tout ce qui a rapport au traitement. *Voyez* SPINA VENTOSA. (R.)

PÉDÉRASTIE, s. f., *pæderastia*, dérivé de deux mots grecs, παιδος, enfant, et ερασης, amateur, d'où l'on a fait le mot pédéraste pour désigner celui qui est sujet à ce penchant criminel : vice infâme que la morale, la nature et la raison réprouvent également, et qui est l'une des grandes preuves du degré d'abjection dans lequel l'homme peut se laisser entraîner lorsque, maîtrisé par des goûts vils et impétueux, fruits ordinaires d'une profonde dépravation, il ne trouve plus, dans la pureté de son cœur et dans l'amour de la vertu, une barrière suffisante contre l'immoralité.

Il faudrait remonter bien haut pour trouver l'origine de ce goût abominable ; il se perd, pour ainsi dire, dans la nuit des temps. Les divers désastres qui ont bouleversé quelques parties du globe à une époque encore rapprochée de la création, nous sont donnés par l'Ecriture Sainte comme des monumens de la vengeance céleste exercée sur des hommes livrés à tous les genres de corruption : preuve évidente que, pour avoir vécu, pendant les siècles du premier âge, dans l'enfance de la nature, nos premiers pères ne furent pour cela ni meilleurs ni plus innocens que nous.

Si, sous quelques rapports honorables, ce qui est vrai, mais ce qui a pourtant été beaucoup exagéré, les anciens ont laissé

les modernes bien loin derrière eux, ils les ont également laissés bien loin sous le rapport de l'immoralité : ils ont été leurs maîtres en corruption, mais ils les ont surpassés. Cette remarque sera toujours, quoi que l'on puisse dire, l'une des mille raisons qui, en attestant la perversion des siècles passés et de certains peuples de l'antiquité réduisent au néant les déclamations chagrines et mensongères de quelques esprits faux ou de mauvaise foi, apologistes outrés des temps et des choses qui ne sont plus, et qui, toujours prêts à calomnier le temps présent, vantant à tout propos la pureté des mœurs antiques, aux dépens des nôtres, malgré le témoignage de l'histoire, qui leur donne le démenti le plus éclatant, voudraient nous persuader que, succombant sous le poids de la démoralisation, la société marche rapidement à une dissolution générale et inévitable.

Celui de tous les peuples anciens chez lequel cet amour déréglé était le plus en usage, était précisément celui dont la réputation a jeté le plus grand éclat. Les Grecs, justement et à jamais célèbres entre toutes les autres nations par leurs lumières et leur civilisation, se firent remarquer par leurs excès en ce genre. Il en était peu parmi ce peuple qui ne fussent entachés de ce vice honteux; mais ce qu'il y a de plus remarquable encore, c'est qu'à peine regardaient-ils cette action comme une chose méprisable, peut-être même pourrait-on dire que chez eux elle y était en honneur.

Cette dernière observation prouve encore mieux que ne pourraient le faire tous les raisonnemens, à quel point ils poussaient la perversion à cet égard. En effet, ce n'est pas seulement d'après le nombre ni l'atrocité des crimes qui se commettent que l'on peut juger du véritable état de la moralité des peuples et des siècles, mais bien d'après l'opinion que l'on en a et le jugement que l'on en porte. C'est essentiellement dans cette remarque que l'on peut trouver le véritable degré de la corruption du cœur. En effet, de quelque nature que soit une mauvaise action, dès-lors qu'elle devient l'objet de l'horreur publique; dès-lors que la société indignée appelle de tout son pouvoir la vengeance des lois sur cet outrage à l'ordre social, on ne peut point en concluré, sans calomnie, qu'il existe chez tel peuple un état profond de démoralisation. Au contraire, ce soulèvement général et unanime prouve que ses mœurs sont encore dans un grand état de pureté; mais du moment que cette même action n'inspire plus que de l'indifférence, qu'elle devient l'objet de l'indulgence et d'une tolérance condamnable, oh! alors il faut trembler pour l'état moral d'un semblable peuple, parce que cette condescendance est la preuve certaine que les liens moraux, qui raffermissent la société, se

relâchent, et que bientôt peut-être ils se dissoudront entièrement. Eh bien ! il n'est besoin que de cette seule réflexion pour prouver combien nous sommes encore audessous des anciens pour l'immoralité.

Sans doute, pour le malheur de la société et de la morale, ce vice funeste n'est point entièrement détruit parmi nous. Il n'y a que trop d'individus encore qui se livrent à ce hideux plaisir; mais avouons du moins, à l'honneur de notre siècle, que, dans aucun autre temps, le misérable, incapable de faire à la raison et à la vertu le sacrifice de ses dégoûtantes jouissances, ne les enveloppa d'aussi profondes ténèbres et d'autant de mystère, soit par un sentiment de pudeur, dont l'homme le plus éhonté a de la peine à se défendre au milieu d'individus moins dépravés que lui, soit pour se dérober à l'indignation et au mépris général qu'il inspire, ainsi qu'à la vengeance des lois qui le surveillent. Ce crime était autrefois puni de la peine de mort, la justice divine elle-même l'avait prononcée (*morte moriatur*, Lévitique, chap. x). En France même, l'ancienne jurisprudence condamnait à la peine du feu ceux qui s'en étaient rendus coupables, et l'on a encore vu deux exécutions de ce genre en vertu d'un arrêt du 5 juin 1750. Comment se faisait-il que, malgré des peines aussi sévères, on ne pût arrêter cette corruption ? C'est que l'immoralité était telle qu'il ne restait pas de barrière capable de la contenir.

Telle était, chez les Grecs, la passion pour ce genre de plaisir, que ce qu'il y avait de plus éclairé et de plus réputé honnête y était sujet, ou en était accusé, jusqu'au point que le plus sage des Grecs, le vertueux Socrate, en a été violemment soupçonné, on pourrait même dire avec quelque raison : c'est du moins sous ce rapport qu'ont été envisagées ses familiarités avec le jeune Alcibiade, qui, disent les auteurs du temps, placé sous la même couverture, *non semper sine plagâ ab eo surrexit.*

On sent qu'un peuple dont les goûts avaient pris une direction si vicieuse, ne pouvait pas être un admirateur bien passionné des femmes; aussi la plupart de leurs auteurs, prenant pour base de leurs éloges le penchant vers lequel ils se sentaient entraînés, ont-ils rarement négligé de répandre les traits de la critique la plus amère sur un sexe qu'ils devaient avoir en horreur; c'est ce dernier sentiment qui avait inspiré le poète Ménandre dans son imprécation contre Prométhée :

> Est-ce donc sans raison que le fils de Japet
> Fut jadis enchaîné sur le triste sommet ?
> Il a trouvé le feu; mais nul autre service
> N'a pu le dérober à ce juste supplice.
> Il a formé la femme, et ce crime odieux

> Avait bien mérité tout le courroux des dieux.
> Ce sexe, de nos maux, n'est-il pas seul la cause? etc.

Il est juste pourtant de dire que plusieurs des plus anciens philosophes ne se sont exercés sur ce sujet que pour en démontrer toute l'ignominie. Sans parler de Platon, de son Banquet et du Lysis, il est probable que c'est dans cette intention que Plutarque a composé son Traité sur l'amour. On trouve dans le roman d'Achilles Tatius sur les amours de Leucippe et de Clitophon, aux chapitres x et xi du premier livre, un parallèle entre les deux sortes d'amour, dans lequel il témoigne son indignation pour le vice favori des Grecs; Clément d'Alexaudrie, dans son Pédagogue, livre ii, chap. x, et Maxime de Tyr, dissertation xxiv et suivantes, en parlent dans le même sens; mais celui de tous qui le combat avec le plus de force, c'est Lucien : les armes de l'ironie et du mépris sont les seules qu'il emploie pour attaquer ce penchant abominable. Il est assez curieux de lire son Dialogue, ou du moins qu'on lui attribue, sur les amours, entre Lycinus et Théomneste, et dans lequel il accorde plaisamment la préférence au plus infâme.

Pour se faire une idée de la turpitude des Grecs à cet égard, il suffit de voir avec quelle impudence ils consacraient dans leurs chants cet amour honteux, qu'ils mettaient bien audessus de celui pour les femmes. L'un, disaient-ils, est un enfant frivole qui ne s'occupe que de jeux puérils; il ne peut être gouverné par la raison, il règue avec violence chez les hommes insensés; c'est de lui que viennent les désirs qui les portent vers les femmes; il accompagne toujours cette fougue impétueuse mais passagère de la jeunesse, qu'il précipite avec emportement vers l'objet de sa passion : l'autre amour, plus ancien que les siècles d'Ogygès, qui remonte bien plus haut que le premier déluge, est honnête et grave dans son extérieur; tout annonce en lui la sainteté de son origine. Dispensateur des sentimens vertueux, son souffle pénètre avec douceur dans nos ames, et quand ce dieu nous est propice, nous goûtons la volupté la plus pure unie à la vertu : car, comme le dit un poète tragique : *L'amour nous inspire par deux souffles différens, et sous un même nom il produit des effets opposés.* De même la pudeur est une double divinité tout à la fois utile et pernicieuse :

> La pudeur peut servir ou perdre les mortels.
> Deux espèces de jalousie
> Se partagent et règlent notre vie :
> L'une, par ses bienfaits mérite des autels,
> L'autre nous livre à des maux éternels.
>
> Hésiode, Poème des Ouvrages et des Jours.

Les Romains furent loin d'être exempts de ce vice, qu'ils reçurent des Grecs, ou qui du moins contribuèrent beaucoup à le répandre chez eux, et leur donnèrent en même temps le germe des lumières, de la civilisation et de la corruption ; et tels furent les progrès qu'ils firent en ce genre, que bientôt aussi dépravés que leurs maîtres, il n'y eut plus pour eux en cela motif de honte, et qu'ils n'y virent plus qu'un nouveau sujet digne des accords des premiers poètes; ce que nous prouve d'une manière bien évidente le

Formosum pastor Corydon ardebat Alexin.

Des causes probables de la pédérastie. Elles sont de plusieurs espèces : 1°. la différence des climats. L'observation a constamment démontré que ce dérèglement était extrêmement fréquent dans les pays chauds, tandis qu'il devient très-rare dans les pays froids; on dirait que, sans cesse stimulés par l'ardeur d'un climat brûlant et sans cesse emportés par leurs désirs toujours renaissans, les premiers ont bientôt épuisé toutes les jouissances ordinaires et raisonnables, et qu'ils cherchent à se satisfaire par l'invention de nouvelles plus ou moins bizarres; mais il en est une cause plus probable encore. Dans les pays chauds, en même temps que les hommes sont portés avec violence aux plaisirs de l'amour, les femmes y sont extrêmement réservées par l'effet des lois, qui ont dû chercher à les soustraire aux fâcheuses conséquences de cette ardeur de tempérament. Ne trouvant plus dès-lors, par la difficulté qu'ils éprouvent, un aliment suffisant à leurs désirs, ils sont obligés de chercher ailleurs des plaisirs d'une autre nature, auxquels d'ailleurs ils sont quelquefois portés par une organisation particulière et malheureuse, et qui fait naître en eux ce goût dépravé. Dans les pays froids, au contraire, les hommes sont beaucoup moins ardens, leurs désirs se trouvent renfermés dans de justes limites, et les femmes y jouissent par cette même raison d'une liberté qu'elles ne pourraient avoir sans danger dans les climats chauds : de telle sorte que n'éprouvant pas ou fort peu de privations, les hommes de ces contrées ne sont nullement portés à dénaturer des plaisirs qu'ils goûtent avec modération, et auxquels ils ne trouvent aucun obstacle.

Mais comment expliquer que les hommes les plus sages de l'antiquité, ceux qui professaient ouvertement les principes de la vertu la plus rigide, n'aient pu se soustraire à cette contagion? La plupart en effet en étaient entachés. On en trouve la cause dans le rigorisme même de leurs principes. Regardant les femmes comme un objet audessous d'eux, et l'amour qu'elles inspirent comme une fantaisie à laquelle il eût été

honteux de succomber; désirant se soustraire à leur empire, et ne pouvant néanmoins se dérober à l'influence du climat, qui agissait sur eux avec toute sa force, ils étaient obligés de porter ailleurs leurs feux. Trop orgueilleux pour céder à des sentimens qu'ils regardaient stupidement comme une faiblesse que la nature a placée dans le cœur de l'homme, et qui l'entraîne avec force vers l'autre sexe; trop faibles en même temps ou trop dépravés pour résister à la fougue de leurs désirs, ils les apaisaient par les moyens les plus honteux, et ne rougissaient pas de jeter dans l'ame de la jeunesse les germes d'une corruption dont ils cherchaient à profiter en faveur de leur lubricité. Quelques-uns, moins éhontés ou plus adroits, cherchaient à couvrir du masque de la vertu des intimités qu'ils voulaient faire regarder comme bornées à une simple contemplation amicale; mais c'est précisément ceux-là que démasque Lucien lorsqu'il fait dire à Théomneste : « Rions de ces prétendus philosophes, de ces déraisonneurs sublimes qui, fronçant le sourcil, cherchent à en imposer à la multitude par des noms honnêtes : vainement prétendent-ils que la vue seule de l'objet aimé leur suffit. *Velut scalos quosdam voluptatis fabricans amor primum habet gradum visus, uti spectet, et, ubi contemplatus est, cupit, admoto corpore, attingere. Si enim vel summis digitis attigerit, totum corpus fruitus ille percurrit. Hoc ubi facilè consecutus est, tertio tentat osculum, non statim curiosum illud, sed placidè labia admoverè labiis, quæ priùs etiam quàm planè se contingerint, desistit, nullo suspicionis relicto vestigio. Deindè concedenti se accommodans, longioribus semper amplexibus quasi illiquescit, interdum etiam placidè os diducens, nullamque manum otiosam essepatitur; cum manifestæ illæ sensibilium partium commotiones voluptatem accendunt, aut igitur latenter lubrico lapsu dextra sinum labiens, mamillas premit paululùm ultra naturam tumentes, duriusculi ventris rotunditatem digitis molliter percurrit. Post hæc etiam primæ lanuginis in pube florem decerpit. Et quid arcana illa opportet enarrare? Tandem nactus opportunitatem amor, calidius quoddam opus occipit : deinde à femoribus orsus illa, ut ait comicus, percutit, mihi quidem hoc modo amare pueros contingat.* Vainement voulaient-ils cacher sous le voile de la simple amitié leur infâme conduite, *sed erat ipsorum amicitiæ vinculum voluptas.* C'était une espèce de sacrifice qu'ils lui offraient; ils pensaient que ce commerce impur deviendrait un lien puissant pour enchaîner à jamais le cœur de deux amis, de la même manière que deux amans s'unissent davantage par le fait même des jouissances. C'est ainsi que la passion égare les esprits les plus droits ! Peut-être ces grands modèles d'amitié que l'histoire nous a transmis et

qui sont tant admirés n'avaient-ils pas d'autre source : ce que l'on a tant vanté comme l'effet d'une vertu sublime n'était peut-être autre chose que celui du vice le plus hideux. C'est ainsi qu'Achille, pleurant la mort de Patrocle, se trahit lui-même dans sa profonde douleur, lorsqu'il s'écrie :

Femorum tuorum sanctæ consuetudinis
Quid pulchrius!

La jouissance outrée des femmes, qui amène la satiété, et leur privation absolue, qui laisse dans toute leur force des désirs non satisfaits, peuvent être également causes de ce vice, comme on l'observe pour les marins, qui, obligés par leur état de s'isoler quelquefois du monde entier pendant de longs intervalles, en contractent fréquemment l'habitude. De cette manière, deux causes absolument opposées donnent lieu au même résultat. C'est donc à l'homme sage et vertueux à chercher dans la morale et la raison un secours contre ces deux écueils, et à savoir mettre dans ses plaisirs cette limite qui en fait le charme, comme aussi elle en assure la durée. Que dire, après cela, de ces prétendus sages, de ces fameux philosophes que la Grèce admira, que le monde civilisé alla consulter, et dont la réputation a traversé les siècles? Ou qu'ils eurent de la sagesse et de la vertu une idée bien étrange, ou qu'elles ne furent pour eux qu'un manteau qui cachait les plus honteux égaremens.

Le penchant qui nous porte à chercher sans cesse quelque chose de particulier dans la vie des hommes extraordinaires, a fait accuser de ce vice un grand nombre de personnages célèbres. Cette accusation semble même se porter de préférence sur ceux qui ont étonné le monde par leurs hauts faits; mais il est permis de penser que dans la plupart de ces imputations il y a au moins beaucoup de légèreté, et que souvent elles sont faites sans aucune espèce de preuves, mais non pas toujours sans quelque fondement. Celui qui ressent dans son cœur cette disposition heureuse qui fait que l'on se plaît dans la société des femmes, non pas seulement sous le rapport du désir de leur possession, mais encore en raison des nombreuses qualités par lesquelles ce sexe attache l'homme vertueux, celui-là, dis-je, ne s'abandonnera jamais à cette infamie; mais trop souvent, il faut en convenir, ces hommes fameux que nous admirons ne se trouvent point dans de semblables dispositions. Les plaisirs de l'amour ne sont pour eux que des choses accessoires, et la jouissance d'une femme, le plaisir d'un moment, après lequel ils la repoussent avec mépris ou dédain, parce qu'ils ne lui reconnaissent aucune autre qualité; et prenant quelquefois pour elle un dégoût insurmontable, ils vont chercher ailleurs de nouveaux plaisirs. En effet, on a observé que

la plupart de ces grands hommes n'éprouvaient pour le sexe que la plus froide indifférence, soit par l'effet des méditations profondes dans lesquelles ils sout presque continuellement plongés et qui les détournent d'un sexe essentiellement léger, ou soit peut-être par l'effet de penchans vicieux et particuliers. On pourrait dire en général que ces individus sont en tout placés hors de la nature. C'est essentiellement sur les grands conquérans que porte cette observation; ce qui paraîtra bien singulier, lorsqu'on réfléchit qu'ils avaient à leur disposition les plus belles femmes des pays qu'ils parcouraient.

Il est vraiment curieux autant que repoussant de lire dans les auteurs du temps les éloges qu'ils ont prodigués à ce penchant méprisable, et que la pudeur et le dégoût qu'ils inspirent ne permettent pas de répéter, aussi n'insisterai-je pas davantage; car s'il est indispensable de démasquer le vice, et d'en faire bien sentir toute la laideur, encore faut-il que les moyens que l'on emploie ne soient pas de nature à offenser la pudeur, et il est à cet égard des limites que tout homme honnête ne doit point dépasser, quelque louables que fussent d'ailleurs ses motifs: aussi ai-je, autant que possible, évité toute description, toute particularité qui eût pu m'écarter le moins du monde de la décence. Si j'ai rapporté quelques passages des anciens, c'est moins dans l'intention d'ajouter à l'indignation que ce goût abominable inspire à si juste titre, que pour donner une idée des mœurs de ces siècles passés et des peuples qui les ont parcourus, tant renommés par leur sagesse, et que l'on n'a tant loués sans doute que pour avoir un prétexte de calomnier les peuples et les temps présens.

Quelle que soit l'infamie de ce vice, quel que soit le degré de turpitude dans lequel il plonge celui qui s'y livre, ce mal est peu de chose encore en comparaison de celui qui en résulte pour la jeunesse, exposée à des attaques d'autant plus dangereuses, qu'elles sont moins prévues, et qu'elles se masquent le plus souvent sous le voile de l'intérêt et de l'amitié. Peut-on s'empêcher d'avoir quelques inquiétudes en pensant que, presque toujours livrée à des mains étrangères, cette même jeunesse peut devenir la victime d'un mal qu'il est impossible de prévoir. Honte éternelle aux infâmes qui, abusant de leur autorité sur les enfans, imprègnent dans leurs jeunes cœurs, au lieu des semences de l'honneur et de la vertu, celles de la licence et de la corruption. Les lois pourraient-elles être à cet égard trop sévères, et la surveillance trop active? Ce crime est bien certainement l'un des plus grands qui puissent affliger la société.

Les ecclésiastiques et les religieux, dit Duperray, devant l'exemple de la chasteté, dont ils ont fait un vœu particulier, doivent être jugés avec la plus grande sévérité lorsqu'ils se

trouvent coupables de ce crime; le moindre soupçon suffit pour les faire destituer de toute fonction ou emploi qui ait rapport à l'éducation de la jeunesse. Cependant la médisance ou la calomnie ont fait peser sur un corps fameux une imputation de cette nature, et comme le public accueille toujours avec avidité tous les bruits qui fournissent un aliment à sa critique, surtout contre certaines classes d'hommes en faveur desquels il n'est pas bien disposé, cette imputation avait pris quelque consistance; elle était fausse sans doute, et la seule habitude d'un certain châtiment avait pu lui donner naissance; mais l'autorité, qui veille sur toutes les branches de prospérité publique, et qui regarde la pureté des mœurs comme une des premières sources du bonheur des nations, a fait justice de ce scandale : elle a pensé qu'il ne pouvait avoir que des inconvéniens graves, et en proscrivant à jamais cette peine, qui dégrade plus celui qui l'inflige ou qui l'ordonne, que celui qui la reçoit, elle a prévenu et rempli les vœux de tout ce qu'il y a d'honnête et d'éclairé.

Envisagé sous le rapport médical, ce vice n'offre pas de considérations très-importantes; mais il est loin d'être sans danger et peut donner lieu à des accidens très-graves : les infâmes qui se prêtent à ce honteux commerce peuvent dans quelques cas en être les victimes. Ceux qui ont fréquenté les hospices des vénériens de Paris et des autres grandes villes de France, ont pu voir nombre de ces malheureux infectés du virus vénérien, présentant, au pourtour de l'ouverture anale, une multitude de végétations de diverses formes et autres désordres qui témoignent d'une manière évidente le crime qui en a été la cause. L'habitude de voir ces malheureux a donné à M. Cullerier une grande facilité pour les reconnaître sur-le-champ, aussi se trompe-t-il rarement à cet égard : la plus forte preuve qu'il en donne est la disposition de l'ouverture du rectum, qui présente la forme d'un entonnoir. Ce signe est presque certain, et l'on peut avoir la presque conviction que ceux qui la présentent sont entachés de ce vice; aussi devrait-on, en médecine légale, y faire la plus sérieuse attention, si l'on était appelé à faire un rapport sur un cas de cette nature : ce qu'il y a de plus affligeant, c'est que le plus souvent ces remarques se font sur de très-jeunes enfans, tristes victimes de la séduction la plus criminelle !

Ce n'est point encore là que se bornent les maux que l'habitude de ce vice peut faire redouter; il est une cause assez fréquente de squirre au rectum. Des attaques réitérées sur une partie que la nature n'avait point organisée pour cela ne peuvent que l'altérer, et donner lieu à la longue à des maux cruels et souvent incurables, digne châtiment d'une telle démoralisation. (REYDELLET)

PÉDICULAIRE (maladie) : nom que l'on donne à une production nombreuse de poux, que l'on observe sur la tête ou le corps. *Voyez* PHTHIRIASIS. (F. V. M.)

FRANCUS A FRANKENAU, *Dissertatio de phthiriasi, morbo pediculari, quo nonnulli imperatores, reges, aliique illustres viri ac fœminæ miserè interieruñt*; in-4°. *Heidelbergæ*, 1678.
KNIPHOF (Johannes-Hieronymus), *Dissertatio de pediculis inguinalibus, insectis, et vermibus homini molestis*; in-4°. *Erfordiæ*, 1759. (V.)

PÉDICULAIRE (matière médicale), s. f., *pedicularis* : genre de plantes de la famille naturelle des personées, et de la didynamie angiospermie de Linné, dont les principaux caractères sont d'avoir un calice à cinq divisions; une corolle monopétale, irrégulière, à deux lèvres; quatre étamines didynames; un ovaire supérieur, surmonté d'un style filiforme; une capsule mucronée, à deux loges, contenant chacune plusieurs graines.

Le genre pédiculaire est assez nombreux : les botanistes en connaissent aujourd'hui une quarantaine d'espèces, pour la plupart naturelles aux hautes montagnes de l'Europe, ou à la Sibérie; en France, on en trouve quatorze, dont les deux plus communes sont les suivantes.

PÉDICULAIRE DES MARAIS, vulgairement herbe aux poux, *pedicularis palustris*, Lin. Ses racines sont fibreuses, annuelles; elles donnent naissance à une ou plusieurs tiges droites, rameuses, glabres, hautes d'environ un pied, garnies de feuilles alternes, ailées, à folioles finement découpées et d'un vert foncé. Les fleurs sont purpurines, axillaires dans les aisselles des feuilles supérieures; elles forment dans leur ensemble un épi d'un aspect agréable, et paraissent en mai et en juin. Cette plante n'est pas rare dans les prés humides et marécageux.

PÉDICULAIRE DES BOIS, *pedicularis sylvatica*, Lin. Sa racine, presque simple et fusiforme, produit des tiges nombreuses, souvent tout à fait couchées, quelquefois relevées en partie, longues de six à huit pouces, et garnies de feuilles glabres, d'un vert foncé, ailées, à folioles ovales, bordées de dents aiguës; ses fleurs sont purpurines, axillaires; elles ont la lèvre supérieure de leur corolle obtuse, tronquée, avec deux dents aiguës. Cette espèce est commune dans les marais des bois, où elle fleurit en avril et en mai.

Les pédiculaires ont reçu ce nom, parce qu'on croyait autrefois que les deux espèces dont nous venons de parler, et principalement la première, avaient la propriété de produire une grande quantité de poux chez les bestiaux qui en mangeaient; mais on est désabusé aujourd'hui à ce sujet; on regarde seulement ces plantes comme un mauvais fourrage. En

effet, la plupart des animaux herbivores n'en veulent point, les chèvres seules les broutent quelquefois.

L'odeur un peu vireuse des pédiculaires les fait aujourd'hui considérer comme suspectes, et on n'en fait plus aucun usage en médecine; mais on trouve dans les vieilles pharmacologies qu'anciennement la décoction de la première espèce a été employée en boisson comme propre à arrêter les hémorragies, les flux menstruels immodérés, les hémorroïdes. Extérieurement, on regardait la même plante comme vulnéraire et bonne pour guérir les fistules, et, d'après cette propriété supposée, on lui avait même donné le nom de *fistularia*.

(LOISELEUR-DESLONGCHAMPS et MARQUIS)

PÉDICULARIÉES, *pediculares*. M. de Jussieu désigne sous ce nom un groupe de plantes qu'il distingue de celui des rhinanthées; mais, à l'exemple de plusieurs botanistes modernes, nous réunissons les pédiculariées et les rhinanthées en une seule famille, sous le nom de personées. *Voyez* ce dernier article. (LOISELEUR-DESLONGCHAMPS et MARQUIS)

PÉDICULE, s. m., *pediculus*, *stipes*. Ce mot veut dire en général *petit pied*.

On donne le nom de pédicule en chirurgie à cette partie qui sert de base aux diverses tumeurs et excroissances qui s'élèvent sur la surface du corps, ou croissent à l'intérieur, et se développent sur les membranes muqueuses. Cette production a même fourni le sujet d'une division des tumeurs, que l'on a distinguées en celles à base large, et en celles à base étroite. Celles-ci ont été désignées sous le nom de pédiculées. Cette dernière disposition, qui est celle qu'affectent un grand nombre de loupes et quelques polypes, est on ne peut plus favorable, parce qu'elle se prête merveilleusement à l'emploi des moyens chirurgicaux les plus simples et les plus sûrs pour le traitement.

Cette distinction des tumeurs est loin d'être purement théorique, elle est essentiellement pratique : aussi les chirurgiens y ont-ils toujours attaché la plus grande importance. En effet, c'est uniquement cette disposition, et non point leur plus ou moins de volume qui établit le véritable degré de gravité de ces maladies. Ce n'est que par l'existence du pédicule que l'on peut facilement expliquer l'extirpation de tumeurs extrêmement volumineuses, sans presque aucune déperdition de substance, et qui, si elles eussent été supportées par une base large, n'auraient pu être enlevées sans de grands dangers en raison de l'étendue des parties à extirper, et de l'abondance de la suppuration qui aurait nécessairement été la conséquence d'une semblable opération. C'est essentiellement pour les tumeurs pédiculées que l'on a imaginé le traitement par la ligature,

que l'on emploie souvent avec un très-grand avantage, surtout quand on a affaire à des individus craintifs, et qui ont une horreur insurmontable pour l'instrument tranchant. C'est ainsi que cette disposition fait varier le traitement des polypes, et permet d'employer la ligature pour ceux qui sont à base péduculaire, tandis qu'on est obligé d'avoir recours à l'excision ou à l'arrachement pour ceux qui sont à base large. *Voyez* LOUPE, POLYPES, TUMEURS. (R.)

PÉDICURE : nom qu'on donne à celui qui traite les excroissances ou callosités qui viennent sur la peau des pieds, tels que cors, oignons, durillons, etc.

Cette partie de l'art de guérir, qui n'est qu'une petite branche de la chirurgie, est ordinairement faite par des personnes peu instruites, et qui acquièrent tout au plus une espèce d'habitude routinière de traiter ces maladies. Les moins inhabiles se contentent de venir tous les mois tailler les cors aux pieds avec plus ou moins de dextérité, et de limer les parties les plus calleuses de cette région du corps, etc., ce qui apporte un soulagement momentané aux personnes atteintes de ces infirmités. D'autres, plus ignorans, veulent guérir ces excroissances, qui n'en sont pas susceptibles, par des médicamens, et causent souvent alors des maux réels, soit en ulcérant les parties, soit même en produisant des affections cancéreuses, comme on en possède quelques exemples.

Comme la médecine pédicure, seule, n'est pas très-lucrative, la plupart de ceux qui l'exercent y joignent le commerce de pommades ou onguens qu'ils disent propres à guérir les cors aux pieds et les autres maladies de l'extrémité inférieure. Le plus grand nombre de ces médicamens est composé de substances corrosives qui peuvent causer de grands inconvéniens, et qu'il faut soigneusement s'abstenir d'employer.

On ne voit pas trop pourquoi les chirurgiens dédaignent cette partie de leur art. En l'exerçant, ils l'anobliraient, et le public n'aurait pas le grave inconvénient d'être exposé à être estropié par des personnes qui n'ont aucune connaissance en anatomie et en pathologie. (F. V. M.)

PEDIEUX, s. m., de *pes*, pied. On donne ce nom à un muscle et à une artère qui se trouvent sur le dos du pied.

Muscle pédieux. M. Chaussier l'appelle *calcanéo-susphalangettien commun*; Sœmmering, *musculus extensor brevis digitorum pedis*; Bichat, *petit extenseur des orteils*. Situé à la région dorsale du pied, ce muscle est mince, aplati, terminé par quatre tendons. Il est attaché à la face supérieure du calcanéum, au ligament calcanéo-astragalien externe, et au ligament annulaire du tarse. De là, il se dirige obliquement en devant et en dedans, et se partage bientôt en quatre portions,

dont les deux externes sont plus volumineuses, et donnent naissance à autant de tendons. Cachés d'abord dans les fibres charnues, ceux-ci s'en isolent bientôt, croisent la direction de ceux du grand extenseur, et traversent le métatarse : le premier, parvenu à l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil, s'élargit et s'implante audessus de l'extrémité postérieure de la phalange; les trois autres se joignent intimement au bord externe des tendons correspondans du grand extenseur, et viennent se fixer aux trois orteils suivans.

Subjacent à l'aponévrose du dos du pied et aux tendons du muscle long extenseur commun des orteils, le pédieux recouvre la rangée antérieure du tarse, le métatarse et les phalanges; il étend les quatre premiers orteils, et les dirige un peu en dehors.

Artère pédieuse. Cette artère, que l'on appelle encore dorsale ou supérieure du tarse, n'est que la continuation de l'artère tibiale antérieure; elle commence au niveau de l'articulation tibio-tarsienne, se porte horizontalement en avant sur la partie supérieure et interne du tarse, couverte d'abord par l'extenseur du gros orteil, puis placée en dehors de son tendon, en dedans du pédieux, jusqu'à l'intervalle des deux premiers os du métatarse. Là, elle s'engage sous le premier tendon du muscle pédieux, puis traverse verticalement le muscle interosseux correspondant, et gagne la plante des pieds, où elle se divise en deux branches. Dans son trajet, la pédieuse donne des branches internes et externes. Les premières, assez nombreuses, se répandent sur le bord interne du pied; les externes, plus volumineuses, se répandent sur la face dorsale du pied, et se distribuent principalement au muscle pédieux. On en distingue deux principales; savoir, la *tarsienne* et la *métatarsienne* : la branche tarsienne naît de la pédieuse, près de son origine, au niveau de la tête du scaphoïde, passe sous le muscle pédieux, se recourbe sur le tarse, et se termine vers le bord externe du pied par quelques rameaux qui s'anastomosent avec l'artère plantaire externe. La branche métatarsienne a déjà été décrite dans ce Dictionaire (*Voyez* t. XXXIII, p. 109).

Avant que de s'enfoncer dans l'espace interosseux, la pédieuse fournit une branche assez considérable qui côtoie le bord externe du premier os du métatarse jusqu'à son articulation, et se divise en deux rameaux qui se perdent dans les tégumens.

Parvenue à la plante des pieds, la pédieuse se détourne en dehors, s'engage entre l'accessoire du grand fléchisseur et les interosseux plantaires, et se partage en deux branches : l'une suit en avant l'intervalle des deux premiers os du métatarse,

traverse le petit fléchisseur, et se divise en deux rameaux, dont l'un suit le bord externe du gros orteil, l'autre le bord interne du second.

La deuxième branche continue à se porter en dedans en suivant le trajet primitif de la pédieuse, et s'anastomose bientôt avec la plantaire externe, en concourant ainsi à former l'arcade plantaire.

La pédieuse, à raison de sa position superficielle sur le dos du pied, est exposée à être ouverte dans les plaies de cette partie. Comme elle repose sur le tarse, on peut en faire la compression; cependant la ligature est en général préférable. Pour cette opération, il faut pratiquer une incision longue de deux pouces sur le coude-pied dans la direction du second orteil, en dehors de l'extenseur du gros orteil : on coupe la peau, le tissu cellulaire et l'aponévrose pédieuse; l'artère pédieuse se trouve en dehors du nerf tibial antérieur et en dedans du muscle pédieux qui la recouvre quelquefois. On passe audessous de l'artère une sonde cannelée, dans la cannelure de laquelle on fait glisser un stylet armé d'un fil ciré; on retire la sonde et le stylet et on fait la ligature de l'artère.

Nous avons eu occasion d'observer un anévrysme vrai de l'artère pédieuse : on lia l'artère audessus et en dessous de la tumeur anévrysmale; celle-ci tomba en gangrène, et il en résulta une plaie très-étendue, qui, ayant été frappée de pourriture d'hôpital, fit succomber le malade. (M. P.)

PÉDILUVE, s. m., *pediluvium*, *lavipedium*, bain de pied, immersion des extrémités abdominales pendant un temps déterminé dans de l'eau naturelle, ou chargée de quelques médicamens.

On emploie le bain de pied dans des occasions diverses, ce qui en a fait distinguer plusieurs espèces, eu égard aux circonstances qui les font conseiller, ou à leur composition. Examinons d'abord les phénomènes qui résultent de l'immersion des pieds dans l'eau, suivant la température de celle-ci.

Lorsqu'on plonge les pieds dans l'eau, il y a deux effets bien différens de produits suivant la chaleur qui l'imprègne. Si l'eau est tiède ou d'une douce chaleur, la peau s'assouplit, une chaleur agréable pénètre les parties, les vaisseaux sanguins se dilatent, la circulation générale et même la capillaire s'y font mieux; plus de sang réside alors dans les extrémités inférieures parce que le calibre des veines et des artères est augmenté; plus ce bain est prolongé, en entretenant la température de l'eau, et plus ces phénomènes sont marqués. Dans ce cas, ce bain est dérivatif du sang qui affluait vers la tête ou aux parties supérieures du corps, puisqu'il se porte à l'opposite; il en résulte alors un véritable soulagement qui peut se soutenir si

la pléthore cérébrale est peu considérable, et si on continue l'usage de ces pediluves, qui doivent durer une heure environ, ou tout au moins une demi-heure, pendant un certain nombre de jours : c'est ce résultat qui les a fait appeler du nom de *saignée blanche*.

Si, au contraire, la température de l'eau du bain de pied est telle qu'on ait peine à y rester, il y a alors des phénomènes différens de produits. Le calorique excite vivement la surface cutanée qui rougit promptement; une chaleur âcre pénètre les tissus différens de cette partie du corps; il y a une sorte d'action vésicante à la surface de la peau · cet état ne se soutient qu'autant que la température est haute; aussi lorsqu'on veut employer les pédiluves de cette manière, on ne doit y rester que dix à douze minutes, plus tard ils rentrent dans les simples bains de pieds. C'est faute d'avoir distingué ces deux différentes manières d'agir de l'eau chaude, qu'on a été quelquefois embarrassé d'expliquer leur action, de décider le temps qu'il fallait y rester, et les maladies où il fallait les employer.

Pédiluve de propreté. Il sert à nétoyer les pieds des corps étrangers qui s'y sont amassés et qui y arrivent de toute la surface du corps, où leur position dans le lieu le plus bas les force de s'arrêter, ainsi que des matières exhalées que la surface cutanée de cette région y dépose. La plus singulière est celle qui s'observe en assez grande abondance entre les doigts des pieds et sur la nature de laquelle on n'a pas de renseignemens bien positifs. Cette matière toute particulière, qui n'a pas d'analogue dans le corps humain, a une odeur désagréable qu'on a comparée à celle du fromage en putréfaction. La peau des pieds, souvent calleuse par le grand frottement qu'elle éprouve dans la station et la marche, s'y dépouille de ses lames les plus extérieures. Ces différentes causes de malpropreté font des pieds l'une des parties du corps humain qui exige le plus de soin. Sous le rapport de la propreté et de la santé, il est donc nécessaire d'user fréquemment de pédiluves. Tous les trois ou quatre jours, mais au moins une fois la semaine on doit en faire usage, outre qu'en ramollissant les cors et les ongles ils permettent de les tailler et d'empêcher qu'ils ne blessent. Les personnes qui suent des pieds doivent employer le pédiluve de propreté presque tous les jours, soit pour enlever les résidus de la sueur, qui donnent une odeur désagréable, soit pour entretenir cette transpiration qu'il est dangereux de supprimer. Ce bain doit être tiède, et on doit y rester une demi-heure ou trois quarts d'heure. Dans le cas de sueurs aux pieds, ce n'est guère qu'une simple lotion qu'il convient de faire, car en la prolongeant on faciliterait la propension à la sueur, qui n'est déjà que trop marquée.

Pédiluve pour la saignée du pied. Soit par un trop grand éloignement du centre de la circulation, qui ôte aux vaisseaux du pied l'activité du mouvement du sang, soit par la situation des veines dans un lieu incommode, soit par la petitesse des vaisseaux absorbans dans cette partie, il est certain qu'on ne peut pratiquer la saignée du pied comme on fait celle du bras, car, le plus souvent, après avoir ouvert la veine, le sang laisse à peine baver quelques gouttes et s'arrête ensuite. L'expérience a appris qu'en mettant d'abord le pied qu'on veut saigner dans l'eau tiède, on opère la dilatation des vaisseaux et l'afflux du sang dans leur intérieur, d'où il s'écoule ensuite en nappe après leur section, et lorsqu'on replonge le membre dans le liquide; on l'y laisse tant qu'on veut tirer du sang, et ordinairement l'écoulement continue sans interruption; d'autres fois il s'arrête sans qu'on puisse dire pourquoi. On juge de la quantité de sang écoulée par la couleur de l'eau et par les caillots qui peuvent être déposés au fond; mais il faut un peu d'habitude pour apprécier au juste cette quantité, qu'on est toujours porté à croire plus considérable qu'elle ne l'est réellement. Le pédiluve pour la saignée de pied a le double avantage de dériver le sang des parties supérieures du corps, et de faciliter l'émission sanguine. Depuis quelques années on a l'habitude assez bonne de poser les sangsues, dans certains cas, autour des malléoles internes, et de placer ensuite ces parties dans un pédiluve qui opère comme pour la saignée de pied ordinaire. On pourrait également disposer à cette saignée en plongeant préliminairement les pieds dans l'eau, ce qui ferait affluer le sang et augmenterait l'écoulement qu'on veut avoir. Cette manière d'appliquer les sangsues remplace très-bien la saignée de pied et inspire moins de frayeur que la lancette à beaucoup de personnes, quoiqu'elle soit peut-être plus douloureuse et qu'elle laisse quelquefois après elle de petites plaies à la place où ont mordu ces animaux; ce qui exige qu'on reste un ou deux jours sans marcher, ou du moins sans sortir de la chambre.

Pédiluve dérivatif. C'est celui que l'on emploie pour détourner la pléthore des parties supérieures du corps, où elle a toujours de la disposition à se manifester, et dans l'intention de faire porter le sang en plus grande abondance vers les extrémités inférieures. Ce n'est point ici le lieu d'examiner quelles sont les causes de cette tendance du sang à occuper les régions supérieures du corps, que la situation des parties devrait plutôt éloigner que provoquer, puisque le poids du liquide semblerait s'opposer à sa projection: il nous suffira seulement de remarquer que les liquides dans leurs vaisseaux tendent à monter, tandis que lorsqu'ils en sont dehors ils descendent dans les en-

droits les plus déclives. C'est ce qui explique pourquoi le sang se porte à la tête et la sérosité aux pieds.

Il ne faut que de l'eau pure pour ce bain; le degré de chaleur qu'elle doit avoir est assez difficile à indiquer, à cause de l'idiosyncrasie des sujets: tel ne la trouve que bonne à vingt-six ou vingt-huit degrés du thermomètre de Réaumur, tel autre ne peut l'endurer à dix-huit ou vingt. Si on cherche à s'assurer de la quantité de chaleur avec la main, on y est trompé, parce qu'elle est susceptible d'endurer un plus haut degré de calorique que le pied, partie à l'abri du contact de l'air et de l'action de la plupart des autres corps extérieurs. On peut dire, en général, que c'est entre vingt et vingt-quatre degrés que doit être chauffée l'eau d'un pédiluve dérivatif. On doit y rester depuis une demi-heure jusqu'à une heure; on sent après son action un bien-être particulier, comparable en petit à celui que fait éprouver un bain entier. Il paraît aussi avoir une action légèrement calmante et antispasmodique.

Il faut avouer que cette espèce de saignée blanche, comme l'appellent les praticiens, n'a qu'un résultat peu marqué comme dérivatif du sang. Si elle calme un peu la céphalalgie pléthorique et les symptômes qui peuvent en dépendre, comme les étourdissemens, la douleur, etc., ce n'est que lorsque cette cause est légère: autrement la saignée est le moyen indispensable à employer; mais on peut toujours tenter celui-ci, et même le faire concourir avec l'émission sanguine. On en use pendant huit ou quinze jours, chaque matin à jeun, ou au moins trois ou quatre heures après avoir mangé.

Pédiluve émollient. On emploie ce bain lorsqu'il s'agit de calmer des douleurs ou des inflammations locales des pieds: dans les douleurs goutteuses, rhumatismales, nerveuses, etc., on s'en sert quelquefois avec succès. Dans les phlegmasies de la peau, comme l'érysipèle; dans le phlegmon du pied ou de la jambe, etc., on en donne avec avantage; on les répète plusieurs fois par jour, et on en prolonge la durée pendant deux heures et plus, suivant que le malade s'y trouve bien, et qu'il en éprouve du soulagement.

L'eau simple à une douce chaleur est adoucissante; mais on augmente cette propriété en composant ces pédiluves avec des décoctions mucilagineuses, comme celle de son, de racine de guimauve, de graine de lin. On y ajoute une vertu calmante en les faisant avec la décoction de tête de pavots, ou celle de morelle. Enfin on en compose avec des bouillons gélatineux, comme celui de tripes, de fraise de veau, etc., etc. Cette dernière espèce de pédiluve s'emploie plus particulièrement dans les roideurs articulaires, à la suite d'entorse, ou après des

fractures qui ont exigé une longue immobilité de l'articulation du pied.

Quelle que soit l'espèce de pédiluve émollient dont on se sert, il faut que la décoction soit très-chargée de la substance dont on le compose.

Pédiluve fortifiant. Lorsque, dans un état natif d'atonie des membres, ou après une maladie longue, des attaques de paralysie, etc., les pieds et les jambes restent sans force, on cherche à leur rendre la vigueur qu'ils doivent avoir par l'emploi de plusieurs moyens, dont les pédiluves fortifians sont du nombre. On les compose avec des décoctions aromatiques de sauge, de lavande, de thym, de romarin, d'hysope, etc., fortement chargées des principes de ces plantes. On prépare même quelques décoctions vineuses pour composer ces pédiluves fortifians dont l'usage est quelquefois suivi de succès, si la maladie ne consiste plus que dans un état de faiblesse des parties, qui ne soit pas entretenu par quelques lésions organiques incurables. Il faut en user pendant longtemps, et ne guère prolonger la durée de chacun d'eux au-delà d'une demi-heure ou une heure.

Pédiluve excitant. Celui-ci est rarement composé d'eau pure, quoique la haute température à laquelle on pourrait l'administrer soit capable d'exciter une action plus vive que celle de tous les corps qu'on peut y ajouter. On sait combien l'eau bouillante, par exemple, qu'on emploie dans quelques occasions où l'on n'a pas d'autres vésicans sous la main, et où il est nécessaire d'agir avec une promptitude extrême; on sait, dis-je, de quel degré d'action elle est capable. Si on n'emploie que l'eau pour le pédiluve excitant, il faut qu'elle soit à un degré de chaleur, tel que le pied n'y reste qu'avec peine et qu'il ressente une chaleur désagréable. On n'y demeure, comme nous l'avons déjà dit, que huit à dix minutes, qui sont un temps suffisant pour produire une excitation et une rougeur marquées sur la peau.

On ajoute le plus ordinairement des substances excitantes diverses à l'eau de ces pédiluves. Le plus généralement c'est le sel marin (hydro chlorate de deutoxide de sodium), la moutarde ou des acides. Lorsque c'est du sel, on en fait dissoudre une ou deux bonnes poignées, selon la quantité d'eau du bain, qui est en général de six à huit pintes, si on n'y plonge que jusqu'à mi jambe, et du double si on y est enfoncé jusqu'au genou. Ce sel fond promptement, et ajoutant son action à celle de l'eau il y a une irritation plus vive de produite. La même eau, à laquelle le sel doit être ajouté avant qu'on ne se serve du pédiluve pour ne pas le refroidir, peut être conservée pour des bains subséquens. Si c'est de la graine

de moutarde, ou même de la moutarde, qu'on ajoute à l'eau du pédiluve, il faut environ une livre de poudre et une livre et demie de la préparation culinaire pour un bain de pied ordinaire, et l'eau ne peut guère resservir plus d'une ou deux fois, parce qu'elle entre en fermentation et perd de ses qualités. Si c'est d'un acide dont on veuille augmenter l'action de l'eau, on y ajoute de préférence l'acide muriatique, à la dose de deux onces pour six à huit pintes d'eau, et quelquefois de quatre onces. On nomme ce pédiluve *eau de gondran;* il peut resservir un grand nombre de fois, en ajoutant seulement une petite dose nouvelle d'acide à chaque, s'il en est nécessaire.

Lorsqu'on emploie le pédiluve excitant avec addition de médicamens, il faut y rester plus de temps que lorsqu'on le fait agir par la seule action du calorique, parce que plus le contact est long, et plus les substances ajoutées ont le temps d'opérer. On est parfois obligé d'éloigner de deux ou trois jours l'emploi de nouveaux bains, parce qu'ils irritent tellement la peau, que le contact d'une nouvelle eau ainsi préparée serait insupportable.

On se sert de ce pédiluve pour exciter une irritation dans une partie éloignée de l'économie, et y appeler celle qui a son siége dans des organes intérieurs, et dont la présence sur ces organes peut être pénible ou dangereuse. C'est ainsi que toutes les fois que des principes rhumatisans, goutteux, psoriques, dartreux, etc., tourmentent le cerveau ou ses enveloppes, les viscères de la poitrine ou du ventre, on cherche à les détourner par l'effet des pédiluves irritans employés pendant un temps plus ou moins longs, qui ont parfois cet avantage. Ils peuvent également opérer un effet semblable sur le sang qui arrive toujours là où il y a une irritation; mais ce résultat moins certain que par les pédiluves ordinaires, leur fait préférer à juste titre ceux-ci, s'il ne s'agit que de pléthore simple; il n'y a que le cas de complication qui doive faire employer le pédiluve excitant, pour remplir une double indication. Au surplus ces pédiluves ne sont pas toujours assez excitans pour les circonstances où on les ordonne, et on leur substitue alors avec avantage les vésicaus, les sinapismes, les moyens tirés du feu, etc., etc.

Du pédiluve froid. Il y a quelques circonstances où il peut être utile d'user de pédiluves froids, et même à la glace; elles sont en général les mêmes que celles dans lesquelles on a conseillé l'emploi des bains froids. Je les ai quelquefois ordonnés avec avantage dans les affections hémorragiques, surtout dans celles du nez. Ces bains froids sont de la même utilité que les manuluves que l'on trouve prescrits dans tous les auteurs. Ils ne doivent durer que quelques minutes, et sont seulement propres à diminuer

le volume du sang qu'on suppose dilaté dans ses vaisseaux, plutôt que surabondant; car dans cette dernière occasion, ce serait la saignée et non les pédiluves qu'il faudrait employer; ce que la constitution des sujets permet assez de distinguer, joint aux autres symptômes qui différencient les hémorragies par pléthore de celles par raréfaction.

Hors ce cas, il faut s'abstenir des bains de pied froids dans la pratique médicale; ils peuvent être même nuisibles si l'on s'en sert d'une manière intempestive, comme on en a des exemples trop fréquens par les personnes qui ont les pieds mouillés, et qui gagnent ainsi des coryzas, des rhumes, des catarrhes, et encore par les femmes qui ont leurs règles, lorsqu'elles font des ouvrages qui peuvent les mouiller, et chez lesquelles l'écoulement sanguin se supprime; ce qui peut devenir la source de maladies diverses, quelquefois fort graves pour elles.

(MÉRAT)

SLEVOGT (Johannes-Adrianns), *Dissertatio de balneis pedum*; in-4°. *Ienæ*, 1717.

ALBERTI (Michael), *Dissertatio de pediluviorum usu medico*; in-4°. *Halæ*, 1721. (V.)

PÉDIONALGIE, s. f., *pedionalgia:* vient de deux mots grecs, πȣ̃ς, pied, et ἄλγος, douleur. C'est le nom que l'on donne à une affection spasmodique de la plante des pieds, caractérisée par une douleur vive, lancinante, revenant par accès et à des intervalles indéterminés.

Quoique cette maladie ne forme point un genre à part, qu'elle se rattache uniquement à la grande classe des névralgies, et que tout ce que l'on a pu dire sur ces diverses affections dans quelque partie du corps qu'elles se trouvent situées, s'applique d'une manière exacte à celle-ci; cependant il convient d'entrer dans quelques détails à son sujet, en raison du petit nombre d'observations que l'on en a, et de l'espèce de silence que les auteurs ont gardé sur cette matière.

De même que toutes les autres névralgies, la pédionalgie a son principe dans l'altération des nerfs qui se distribuent au pied, quelle que puisse être d'ailleurs cette altération sur laquelle on ne sait rien de positif, et sur laquelle on n'a émis jusqu'à ce jour que des opinions plus ou moins conjecturales: c'est au degré de cette altération que les malades doivent le plus ou moins d'intensité de leur douleur, laquelle est quelquefois tellement violente, qu'elle brise les forces des individus les plus vigoureux.

Cette analogie de causes et de phénomènes que l'on observe entre toutes les névralgies, a nécessairement dû conduire à établir leur traitement sur des bases identiques. En effet, la pédionalgie ne différant réellement en rien de la prosopalgie,

demande l'emploi des mêmes moyens curatifs. Or, tous ces moyens consistent essentiellement à agir sur les nerfs, de toutes les manières possibles, soit afin de les rendre à leur état primitif et naturel, soit afin de détruire toute communication avec le cerveau, et de trancher pour ainsi dire la douleur, en empêchant toute perception. Les premiers moyens sont innombrables, et le plus ordinairement sans effet. Ils ont été indiqués d'une manière très-détaillée à l'article *névralgie*, il serait par conséquent inutile de les discuter ici : joint à cela que j'aurai dans un instant l'occasion d'en rappeler quelques-uns, en rapportant une observation assez singulière de pédionalgie.

Il n'en est pas de même des seconds moyens, dont le succès est presque toujours assuré, lorsqu'on parvient à son but, qui est la section ou la destruction du nerf. On se sert, à cet effet, de l'instrument tranchant ou du cautère actuel. Mais cette opération, qui exige des connaissances anatomiques très-exactes, n'est pas toujours facile ni sans danger; souvent il faut y revenir à plusieurs reprises, et quelquefois sans succès, soit que l'on n'ait point atteint le cordon nerveux affecté, ou bien que le travail de la nature ait détruit ce que l'art avait fait, en opérant la réunion des bouts divisés.

J'ai eu occasion d'observer plusieurs pédionalgies assez intenses contre lesquelles tous les topiques imaginables ont été vainement employés, et qui ont nécessité l'emploi de l'instrument tranchant. J'ai vu, entre autres, une jeune fille de la campagne, âgée de vingt-quatre ans, et qui, depuis deux ans environ, était atteinte d'une pédionalgie si violente, qu'elle fut obligée de venir réclamer les secours de l'art. La section de la branche nerveuse plantaire externe fut faite trois fois, toujours avec un succès marqué, mais seulement momentané; la douleur reparaissait au bout d'un certain temps, mais était moins vive. Satisfaite de ce dernier succès, la malade est retournée à ses travaux jusqu'à ce que la violence du mal la force à venir chercher de nouveaux secours. Mais l'observation la plus remarquable de pédionalgie est celle que le docteur piémontais Marino, de Savigliano, a recueillie sur lui-même, et qui se trouve consignée dans le soixantième volume du Journal général de médecine. Ce médecin, d'un tempérament sanguin et très-irritable, avait eu dans sa jeunesse plusieurs attaques de lumbago. A l'âge de vingt-cinq ans, il fut atteint d'une douleur sciatique à la partie postérieure de la cuisse droite, contre laquelle tous les remèdes échouèrent; seulement, un topique composé d'herbes aromatiques cuites avec du miel et du vin, dans lequel toute l'extrémité, depuis la hanche jusqu'au pied, fut enveloppée pendant quarante jours, calma la

douleur; mais le pied resta insensible, sans chaleur et sans mouvement, avec tendance à l'atrophie. Les bains de vapeurs longtemps continués rappelèrent le sentiment et le mouvement d'une manière imparfaite, et les eaux minérales de Vivadio, dont le malade fit usage en boissons, en douches et en boues, complétèrent pour ainsi dire la guérison, et détruisirent presque entièrement la douleur sciatique. Il ne restait plus qu'un léger engourdissement, mais les variations de l'atmosphère faisaient reparaître la douleur sciatique, qui descendait de la cuisse jusqu'au péroné, sans être très-violente. Au bout d'un an, la douleur se fixa sur le péroné, et y devint très-vive. Les eaux de Vivadio la firent encore disparaître; mais insensiblement la partie externe du pied s'affecta, et ressentit une douleur lancinante et vibrante, d'abord assez faible, mais rendue beaucoup plus forte par les vents du midi ou du nord. Sa durée était de deux à quatre heures; le repos, la chaleur du lit, la tension de l'esprit la dissipaient : enfin, elle devint constante, et ne céda plus à aucun autre moyen qu'à la constriction du pied par un bandage très-serré. Cet état dura deux ans; mais, la troisième année, la douleur devint si vive, que dans un paroxysme, le malade tomba et ne put se relever. Placé dans son lit, il fut pris d'une convulsion chlonique, qui dura dix-huit heures. Les parties extérieures du pied commencèrent alors à s'altérer, il y avait dessiccation, dureté de la peau, chaleur; la douleur était brûlante, lancinante, et cessait subitement comme une étincelle électrique, puis revenait avec un spasme universel des muscles. Le pouls était alors faible, petit et accéléré. Les urines très-légères, fréquentes, mais en petite quantité, la constipation opiniâtre. La douleur affectait tantôt les muscles de la partie postérieure du pied, tantôt le milieu de la plante avec la sensation d'une piqûre faite avec un instrument très-aigu. Quelquefois elle n'attaquait qu'un ou deux doigts, d'autres fois tous, excepté l'orteil, et toujours comme par un coup de foudre. Il y avait alors soubresauts aux tendons du pied, et les muscles poplités palpitaient. L'accès durait quelquefois jusqu'à trente heures de suite, mais diminuait par degrés et finissait par disparaître, pour revenir au bout de quinze jours, un mois ou une année. Le malade était en même temps tourmenté par un priapisme violent; mais cet état ne tenait pas à autre chose qu'à l'éréthisme général déterminé par l'intensité des douleurs. Tous les emplâtres possibles, les huileux, les spiritueux, les aromates, les fomentations, les frictions, les immersions dans l'eau commune, dans les décoctions émollientes, dans l'eau saturée de sel, chaude, brûlante, glacée; les rubéfians, les vésicatoires furent d'un effet nul. L'aimant et les sangsues ne

réussirent qu'une seule fois. Enfin, cette affection a accompagné le malade au tombeau.

Cette observation nous offre le tableau d'une pédionalgie portée au plus haut degré, et pour laquelle on a tout employé, excepté l'instrument tranchant et le feu. Peut-être, si l'on eût eu recours à l'un de ces deux moyens, serait-on parvenu à une guérison complette; mais on s'est, jusqu'à ce jour, assez peu occupé de cette affection, encore peu connue, et qui mérite pourtant une attention particulière, non point sous le rapport des dangers qu'elle entraîne, parce qu'elle ne menace pas ordinairement l'existence, mais sous celui des souffrances qu'elle occasione, et de l'état pénible dans lequel elle tient les malades qui en sont attaqués. *Voyez* NÉVRALGIE.

(REYDELLET)

PÉDONCULE, s. m., *pedunculus*, diminutif de *pes*, pied; petit pied.

Les *pédoncules de la glande pinéale* (*pedunculi glandulæ pinealis*) sont deux cordons médullaires, qui, des côtés de la glande pinéale, se portent au bord interne de la face supérieure des couches optiques: Galien leur avait attribué les usages les plus chimériques, et Descartes a encore renchéri, s'il est possible, sur lui, à cet égard. *Voyez* PINÉAL.

On appelle *pédoncules du cerveau* (*pedunculi cerebri*) deux productions médullaires situées au devant de la protubérance annulaire, derrière les corps cannelés, et qui résultent de l'écartement ou de la séparation des deux cordons accolés dont la moelle de l'épine est composée. Ils ont une synonymie très-étendue, car on les trouve désignés, dans les livres, sous les noms de jambes du cerveau, jambes antérieures de la moelle allongée, bras de la moelle allongée, cuisses du cerveau, cuisses de la moelle allongée. Il en sera plus amplement question à l'article *rachidien*. *Voyez* ce mot.

Les *pédoncules du cervelet* (*pedunculi cerebelli*) sont aujourd'hui appelés *corps rétiformes*. Nés des parties latérales du quatrième ventricule, ils donnent naissance à la protubérance annulaire, à la valvule de Vieussens (*crura si processus cerebelli ad testes*), et à la valvule postérieure (*valvula semicircularis Tarini*). *Voyez* RÉTIFORME. (JOURDAN)

PÉDOTROPHIE, s. f., *pedotrophia*: ce mot vient de παις, παιδος, enfant, et de τροφη, nourriture. C'est ainsi que l'on appelle l'art si important de nourrir les enfans, art que Scévole de Sainte-Marthe a chanté dans son beau poëme latin sur la manière de nourrir les enfans à la mamelle.

La mortalité chez les enfans, comparée à ce qu'elle est à toutes les autres époques de la vie, est effrayante; elle a dans tous les temps frappé les observateurs, qui en ont avec raison

recherché la cause dans la faiblesse de cet âge, qui le met dans l'impossibilité de résister sans secours aux attaques multipliées d'une foule d'impressions fâcheuses; mais cette cause n'est point la seule : il en est une autre peut-être plus grave encore, et qui se trouve dans la négligence trop fréquente des soins que l'on doit à la première enfance, soit sous le rapport de la nourriture, soit sous celui des objets extérieurs avec lesquels elle a une communication habituelle. C'est au commencement de notre existence que l'homme, qui veut vraiment servir l'humanité, doit prodiguer tous ses soins, parce que c'est surtout à cet âge qu'il pourra par ses conseils fonder les bases d'un tempérament vigoureux. Qu'ils sont à plaindre les enfans sur le berceau desquels n'ont pas été constamment fixés les yeux d'une amitié sage et vigilante, toujours prête à prévenir des besoins d'autant plus urgens, qu'ils sont incapables de les exprimer! Qu'ils sont coupables les parens qui, négligeant le plus sacré des devoirs, exposent leurs enfans à une foule de peines, triste résultat de cette insouciance condamnable!

Ce n'est qu'en donnant aux enfans tous les soins que réclame leur faiblesse, que l'on peut espérer d'en faire des hommes. Tous les gouvernemens policés ont senti l'importance de cette branche de la prospérité publique. Les anciennes et les petites républiques, celle de Sparte surtout, en avaient fait un objet spécial de méditations ; elles savaient que ce que les hommes sont dans la suite, dépend presque toujours immédiatement de la manière dont les premières années ont été dirigées ; mais pauvres et guerrières, elles ne voulaient que des hommes vigoureux et capables de les défendre un jour : aussi dans les soins qu'elles prodiguaient aux enfans qui naissaient dans leur sein, n'avaient - elles d'autre intention que de développer leurs forces physiques, en les soumettant de bonne heure à un régime et à un genre de vie capables d'atteindre à ce but ; abandonnant au contraire, pour ainsi dire à la mort, ceux dont les organes débiles ne pouvaient supporter d'aussi rudes épreuves.

Mais on n'est plus dirigé par ces principes inhumains; le physique n'est pas tout maintenant, le moral est quelque chose, le génie passe avant la force. C'est même principalement à cette classe malheureuse que sa faiblesse d'organisation semble condamner à plus de misères que le médecin consacre ses premières pensées ; c'est essentiellement pour elle qu'il travaille, et d'ailleurs qui ne sait que des êtres faibles, et sur la vie desquels on osait à peine compter, ont fini par acquérir une constitution des plus robustes, fruit d'une conduite prudente et attentive à leur égard ? C'est alors que l'art triomphe, car s'il est honorable de savoir diriger avec sagacité, au milieu

d'une foule d'écueils, la créature que la nature a douée de toute la perfection qu'elle pouvait lui accorder, il l'est bien plus encore de pouvoir conduire au complément de son organisation celle que cette même nature n'a, pour ainsi dire, qu'ébauchée : c'est en quelque sorte achever l'ouvrage qu'elle a laissé imparfait. Qu'est-il besoin de rappeler ici des exemples connus de tout le monde, tels que celui de Fortunio Licetti et autres individus conservés à force de soins et de peines à une époque où tout devait faire présumer qu'ils n'étaient pas en état de vivre ? Il n'en faudrait pas tant pour faire sentir toute l'importance des soins donnés à l'enfance, et stimuler le zèle et la sollicitude des parens.

Il n'est pas douteux que c'est dans la manière dont il a été élevé et nourri dans sa tendre jeunesse, que chacun doit rechercher la source première de ses jouissances et de ses peines. En effet tout le monde sait que le physique et le moral se tiennent l'un et l'autre dans une telle dépendance, que l'un ne saurait être en souffrance sans que l'autre ne s'en ressente d'une manière plus ou moins marquée. Or si, comme il n'est pas possible de le nier, il est démontré que des organes affaiblis par une alimentation vicieuse ne peuvent produire qu'une constitution faible et détériorée ; il est évident que cette circonstance fâcheuse influera d'une manière étonnante sur le moral, dont la puissance ne se fait jamais mieux sentir que dans un corps sain et bien portant, tandis que, au contraire, elle devient presque nulle dans un corps faible et malade, la nature ayant bien assez à faire alors de veiller à sa propre conservation.

On ne saurait donc trop s'appliquer à développer dans les enfans tous les moyens que la nature a placés en eux, afin de leur préparer une constitution vigoureuse, et c'est surtout par l'administration bien entendue et bien réglée d'une bonne nourriture que l'on peut y parvenir. Tendres et délicats alors, les organes de l'économie peuvent souffrir des causes les plus légères, mais aussi ils reçoivent avec avidité les impulsions bienfaisantes qui leur sont communiquées, et ils en ressentiront jusque dans l'âge le plus avancé la salutaire influence.

Je n'hésite point à regarder comme la cause d'un grand nombre de maladies, comme le principe des vices qui infectent tant d'individus, soit l'excès ou la privation des alimens, soit leur mauvaise qualité, qui attaquent la texture délicate des parties, et leur font contracter le germe d'une foule de maux dont ils éprouvent les atteintes tôt ou tard.

Cette observation a depuis longtemps été faite, elle appartient à tous les médecins qui s'accordent généralement à regarder l'état du tube digestif comme la cause essentielle des maladies de l'enfance : aussi recommandent-ils tous de surveiller la

nourriture de cet âge avec la plus scrupuleuse attention. C'est à la faiblesse, à l'inertie des organes digestifs, ou bien à leur trop vive irritation produite par la présence d'alimens malsains, ou mal assortis, avec le degré de leurs forces vitales, que sont dues, dans le plus grand nombre des cas, ces affections variées qui les assiégent, telles que les embarras gastriques, les diarrhées, tranchées, dysenteries, les vers, les diverses affections cutanées et autres qui entraînent presque toujours après elles le marasme et la fièvre hectique.

Comment s'étonnerait-on, d'après cela, du nombre d'êtres faibles et souffrans que l'on voit dans le monde, lorsque l'on connaît l'espèce d'abandon et de négligence avec lesquels le plus grand nombre sont élevés et nourris? On est assez généralement alors dans l'habitude d'accuser la nature, lorsque la faute en est presque constamment à ceux qui ont présidé aux premiers momens de l'existence. Si quelque chose a droit d'étonner dans ces malheureux, c'est qu'ils aient pu résister si longtemps aux causes nombreuses de destruction qui les ont environnés de toutes parts.

C'est surtout dans la classe basse du peuple que l'on a des occasions fréquentes d'observer les funestes effets d'une nourriture malsaine et d'un mauvais régime sur les très-jeunes enfans; aussi est-ce surtout dans cette classe que l'on rencontre la réunion de tous les vices scrofuleux, rachitiques, etc., dont l'existence, dans des êtres débiles et usés avant l'âge, accuse presque toujours ceux entre les mains de qui s'est écoulée leur première enfance; soit insouciance, soit misère, soit l'urgence de se livrer à des travaux pénibles et assujétissans, qui les force à ne donner à leurs enfans que des momens dérobés à leurs occupations, la plupart de ces femmes se hâtent de les habituer à une nourriture à laquelle leur estomac n'est point fait encore, afin d'être plus promptement débarrassées des soins pénibles de la maternité. Telles, et plus coupables encore, sont les mères, qui, trafiquant de leur état, sèvrent leurs enfans beaucoup trop tôt, afin de vendre à d'autres la nourriture qui leur était destinée.

L'art de nourrir les enfans n'est autre chose que l'art de mettre dans la quantité et la qualité des alimens cette gradation adaptée à la marche des forces de l'estomac et à la nature de ses propriétés vitales. Tant que cette juste proportion existera, l'enfant ne pourra que prospérer; il est un principe consacré par l'expérience: c'est que nos organes ne peuvent jamais impunément passer brusquement d'un état à un autre, et ce n'est que petit à petit qu'il est possible de les habituer à une nouvelle manière d'être. Tout le talent consiste donc à marcher avec la nature, à la suivre pas à pas; en effet n'indique-

t-elle pas elle-même la route à tenir par les changemens qu'elle détermine dans le lait de la femme, qui, presque entièrement séreux dans le principe, et lorsque l'estomac faible du nouveau né ne pourrait supporter un aliment plus substantiel, devient de plus en plus consistant, à mesure que l'organe de la digestion acquiert plus de force. Il est bien certain que beaucoup d'enfans qui ont échappé aux premiers orages de l'enfance périssent à l'époque du sevrage par la seule raison que l'on a mis trop peu de précaution dans cette opération importante; il n'est pas douteux qu'avec de la prudence et des soins on eût conservé l'existence à beaucoup, et préservé les autres d'une foule d'affections qui se développent à cette époque, et qui portent dans l'organisation une débilité que l'on garde toute la vie; il faut, comme le dit Alphonse Leroi dans sa Médecine maternelle, « que le terme de l'allaitement ne soit pour l'enfant que la cessation d'un aliment et non point un changement complet de nourriture. » On lit, dans Rollin, une observation de Spigellius, d'après laquelle la femme d'un imprimeur de Boulogne qui avait eu plusieurs enfans, les avait tous fait périr en leur donnant trop tôt une nourriture solide; ils étaient tous morts de consomption, d'hydropisie, ou de scorbut avant la fin de l'année. De semblables exemples ne sont point rares, il n'est pas de médecin qui n'en ait frequemment observés. Pour éviter ce danger, ce n'est qu'insensiblement qu'il faut amener l'enfant à la privation totale de sa première nourriture; mais ce n'est point ici le lieu de traiter de cette importante matière qui appartient au sevrage. *Voyez* ce mot.

C'est aux mères que doivent être adressés les avis sur l'art de nourrir les enfans, parce que leur propre intérêt les oblige à les écouter et à les suivre, si elles tiennent à la santé de leurs nourrissons. Depuis longtemps les hommes qui s'occupent du bonheur de l'humanité, leur ont fait sentir la nécessité indispensable de nourrir elles-mêmes, à moins que des circonstances urgentes ne s'y opposent. Le lait de la mère est la nourriture la plus convenable pour l'enfant, et cependant presque jamais il n'en use; placé entre des mains étrangères, il suce un lait qui n'avait pas été sécrété pour lui, et qui ne lui convient pas toujours. Les soins à donner à l'enfant sont minutieux, et si les propres mères les trouvent trop pénibles, comment voudrait-on que des nourrices mercenaires y missent tout le zèle nécessaire? Aussi combien en voit-on revenir dans un état déplorable? C'est alors, mais en vain, que l'on regrette d'avoir confié à d'autres un dépôt aussi précieux. On ne saurait croire combien des négligences de ce genre sont nuisibles à la population. *Voyez* le mot *allaitement*.

Que penser de l'usage dans lequel sont quelques personnes de se servir des animaux pour allaiter les enfans ? Que l'on doit toujours préférer le lait des femmes lorsqu'il est sain, mais que les animaux sont d'une excellente ressource, lorsque les mères incapables de nourrir elles-mêmes, ne peuvent se procurer de bonnes nourrices; c'est spécialement des chèvres dont on se sert. Il est agréable de voir comment ces bonnes mères semblent faire violence à leur caractère, et oublier leur inconstance et leur légèreté ordinaires pour mieux remplir les nouvelles fonctions auxquelles on les destine, avec quelle patience, quelle douceur, quelle docilité touchante, elles se prêtent aux besoins de leur nourrisson. Il est pénible de le dire, mais on est forcé de reconnaître que les animaux sont d'excellens modèles à suivre dans l'art d'élever les enfans; et les soins quils prennent des leurs, bien suivis et bien imités, suffiraient souvent pour détourner de cet âge une foule de calamités.

Je me suis borné dans cet article à présenter quelques considérations générales sur cette partie de la médecine, dont j'ai cherché à faire sentir toute l'importance. Quel sujet pourrait en effet présenter un plus haut intérêt, que celui qui consiste à aplanir à l'enfant les chemins qui doivent le conduire à l'état d'homme, et à protéger sa faiblesse contre toutes les attaques, en l'euvironnant de tous les soins dont l'expérience nous a démontré l'efficacité? *Voyez*, pour les développemens, les mots *allaitement*, *enfance*, *sevrage*. (REYDELLET)

PEINES, s. f. (médecine légale). *Peines afflictives*. Punition corporelle pour un délit; proportionnée à la gravité de ce délit, suivant l'échelle établie par la loi dans les pays qui ont une sage civilisation, et modifiée d'après l'état de santé de l'individu punissable.

J'ai besoin de cette définition pour justifier l'entrée de ce mot dans un livre de la nature de celui-ci, et pour établir quels rapports peuvent se rencontrer entre la juste répression ou punition des délits, et l'application de la médecine aux lois pénales. Certes, il s'y serait trouvé très-déplacé dans les siècles antérieurs à celui où nous vivons, où l'on se faisait un jeu de tourmenter un homme à tort ou à travers, surtout si c'était un homme obscur; où l'on plaçait parmi les efforts du génie l'invention d'un supplice nouveau, d'un cachot plus sûr, plus obscur et plus horrible, et où quiconque était arrêté par les gens de justice était déjà regardé comme coupable et comme condamné. Je suis très-éloigné de croire que le monde actuel soit le *meilleur des mondes possibles*, et qu'il ne se fit rien de bien auparavant, mais le plus grand ennemi des nouveautés, s'il n'est pas aveuglé par l'esprit de parti, ne saurait contester que notre législation criminelle actuelle est fort supérieure à

l'ancienne, et que les droits de l'humanité, comme la liberté civile, y sont bien mieux garantis. Beaucoup de crimes et de délits bien différens en gravité pour les dommages qu'ils portent aux personnes ou à la société, étaient autrefois presque tous punis de la même peine, de manière que le voleur courait autant de risques que l'assassin, et qu'il naissait de cette confusion, pour les personnes volées, le danger de perdre la vie en même temps que leur argent : aujourd'hui, au contraire, tout est calculé, tous les délits sont pesés et ont leur punition au-delà de laquelle il n'est pas permis d'aller : « toutes rigueurs employées dans les arrestations, détentions ou exécutions, autres que celles autorisées par les lois, sont des crimes (*Acte constitutionnel du 22 frim.* an VIII, §. 82). » Ce principe de justice qui bannit tout arbitraire, a été maintenu et consacré à jamais par la charte qui nous régit : dans les fers, en subissant sa peine, le condamné peut encore l'invoquer et se plaindre des rigueurs qu'on exerce sur lui, si elles outre-passent ce que la loi a prescrit, et son sort, quelque mérité qu'il soit, peut encore être adouci. On a reproché à ce système de stricte équité et de philantropie, que les malfaiteurs de profession calculent à leur tour la peine qu'ils auront à supporter dans la chance d'être surpris dans tel ou tel délit, et qu'ils viennent aux débats des cours d'assises, y apprendre comment ils auront à se défendre ; le fait en lui-même ne saurait être nié, mais, à le bien prendre, on le trouvera beaucoup moins dangereux qu'il ne le paraît d'abord ; il est possible que le nombre des auteurs de délits d'une classe inférieure ait beaucoup augmenté ; mais certainement il n'y a pas eu la même progression pour les grands crimes : l'homme, en effet, qui calcule ce qu'il a à gagner et ce qu'il a à perdre en violant les lois du corps social, ne s'exposera pas à mériter la peine capitale ou celles qui en approchent, et chaque membre de la société aura à gagner de ce genre d'instruction que se procurent ses ennemis, pour se faire à eux-mêmes et à lui le moins de mal possible.

Or, c'est en aidant les tribunaux à faire une juste application des peines suivant l'esprit des lois dont ils sont les ministres, que la médecine légale concourt à l'exercice de la justice distributive ; c'est ce que nous allons tâcher d'établir en considérant les trois états désignés par la loi citée ci-dessus, par lesquels passe nécessairement celui qui est devenu l'objet de l'animadversion des lois, savoir : l'arrestation, la détention, et l'exécution des jugemens portés contre lui.

L'arrestation. Elle commence déjà la peine de celui qui est présumé coupable du délit dont il est prévenu, et l'arrestation est une vexation gratuite envers celui qui est innocent ; mais comme l'innocence est toujours présumable tant qu'il n'y a

point de jugement contraire, de là la conséquence naturelle qu'on doit écarter de l'arrestation toutes les mesures de rigueur qui ne sont pas absolument nécessaires pour prévenir l'évasion du prisonnier, à plus forte raison, si la personne qu'on doit arrêter se trouve malade ; il était déjà établi par les anciennes ordonnances « qu'un accusé, qui ne peut comparaître pour cause de maladie ou blessures, peut faire présenter ses excuses par procuration spéciale, en les appuyant d'un exoine délivré par un officier de santé reconnu, lequel constatera le genre de maladie, et déclarera, s'il y a lieu, que l'exoiné ne peut être transporté sans danger, ni à pied, ni à cheval, moyennant quoi il pourra être ordonné que l'effet du décret de prise de corps soit suspendu ». Quoique ce cas n'ait été ni prévu, ni spécifié dans le Code d'instruction criminelle aux articles qui concernent les mandats de *comparution*, *d'amener*, *de dépôt* et *d'arrêt*, on doit croire qu'il est sous-entendu ; car on ne saurait exposer un individu sur lequel on aurait lancé un de ces mandats, et qui serait gravement malade, aux dangers d'un transport qui pourrait aggraver sa maladie, et dont il pourrait périr, ce qui formerait un assassinat juridique, s'il était innocent, et une peine plus grave que la loi n'aurait prononcé, si, étant réellement coupable, son crime n'emportait pas la peine capitale : quelle que soit donc la force de la prévention contre cet individu, l'humanité et la justice veulent qu'on suspende à son égard l'exécution d'un mandat d'arrêt, d'amener ou de comparution, s'il y a fracture dans l'un des principaux membres, s'il est attaqué d'une fièvre aiguë, quelle qu'elle soit, s'il est dans un accès de goutte ou de rhumatisme aigu, s'il est frappé d'une grande plaie ou de telle autre infirmité grave. Les femmes en couches et les femmes enceintes déjà très-avancées dans leur grossesse, méritent les mêmes ménagemens, et à plus forte raison, on ne devrait même pas leur annoncer qu'on doit les arrêter, jusqu'à ce qu'il n'y eût plus aucun danger de le faire. Les médecins, dans ces cas, ne doivent pas craindre de se montrer les protecteurs de l'homme souffrant quel qu'il soit, lors même que tout le monde le fuit, ou est indifférent sur son sort ; ils doivent se présenter, quoique non requis, pour attester son état, en fixant le nombre de jours pendant lesquels le repos est absolument nécessaire, sauf aux officiers de justice à prendre les précautions pour que son cours ne soit qu'interrompu ; toutefois, si les magistrats sont fort souvent dans la dépendance des médecins pour l'execution des lois, parce qu'ils affirment l'incapacité à leur obéir, à leur tour, les médecins ne doivent pas abuser de cette confiance, en présentant, comme incapacité d'obéir, des maladies qui laissent de longs intervalles, ou un état simplement douteux des forces du corps,

qui ne saurait être aggravé par un voyage à cheval ou en voiture, et moins encore en les supposant. Si l'humanité est l'ame de notre profession, nous ne devons pas ignorer non plus, en tant que citoyens, qu'en matière criminelle, la sûreté et la morale publique, supérieures aux considérations privées, exigent de la promptitude dans la recherche des délits et dans la punition des coupables; que c'est même trahir la cause de l'humanité que de mentir à sa conscience, et qu'enfin toute condescendance illégitime est punissable.

Détention. La perte de la liberté, quelque temporaire, quelque adoucie qu'elle soit, est toujours une continuation de peine, et si l'homme arrêté est innocent (ce qui est présumable jusqu'après le jugement), c'est un pur sacrifice qu'il aura fait à l'intégrité du pacte social, et dont on doit lui tenir compte : il ne devrait donc rencontrer dans les maisons où on le dépose que ce qui est indispensable pour s'assurer de sa personne; pourquoi trouve-t-il au contraire, en y entrant, une mauvaise compagnie avec laquelle il est obligé de vivre pêle-mêle, des geoliers qui spéculent sur sa paille et sur sa chétive nourriture, une chambre infecte et obscure, si ce n'est un cachot, où il est tenu au secret plus ou moins longtemps, privé de voir sa famille et ses amis, des insectes nombreux avec lesquels il partage l'air impur de ces demeures sombres et humides, des maladies qui altèrent sa santé et qui abrégeront ses jours....? Ne sont-ce pas là des rigueurs ajoutées inutilement à ce que la loi a exigé? Hommes du dix-huitième et du dix-neuvième siècle, pourquoi votre conduite est-elle toujours en contradiction manifeste avec vos écrits? Mais vous, médecins des prisons, votre tâche ne se borne pas à traiter les maladies des détenus; associez-vous à ces ames bienfaisantes, inspirées par un zèle religieux (zèle plus actif et plus constant que tout autre) pour améliorer le sort de ces malheureux, pour les consoler, pour prévenir leurs maladies, pour dénoncer aux magistrats les vexations qu'ils éprouvent, les obliger même, à force d'importunités, à cesser d'être indifférens; ne préjugez pas comme le vulgaire, mais rappelez-vous que la vertu la plus pure a souvent séjourné dans ces tristes demeures!

L'interrogatoire, la mise aux débats, et la perplexité sur son sort à venir, deviennent désormais toute l'occupation d'un détenu, et pendant la veille et durant son sommeil : et certes, si ce n'est pour des cœurs endurcis au crime, c'est bien encore là une nouvelle peine. On ne saurait mettre en doute s'il est d'équité naturelle de suspendre toute procédure pendant le cours d'une maladie aiguë, de peur que les inquiétudes, jointes à la maladie, ne la rendent plus grave et même mortelle. On peut faire ici le même dilemme que j'ai déjà proposé pour l'ar-

restation, ou le malade est innocent, ou il ne l'est pas : dans le premier cas, on se rendrait coupable de sa mort, si l'incertitude d'une procédure avait aggravé sa maladie; dans le second, il aurait porté une peine plus grave si la condamnation ne devait pas être capitale, et même la loi aurait manqué un des principaux buts qu'elle se propose dans la punition des crimes, celui de l'exemple; que surtout dans les causes criminelles dont les sujets sont du sexe féminin, les médecins des prisons veillent à l'exécution de la loi si juste et si philantropique, du 23 germinal an III, qui prescrit « qu'à l'avenir aucune femme prévenue d'un crime emportant la peine de mort ne pourra être mise en jugement qu'il n'ait été vérifié de la manière ordinaire qu'elle n'est pas enceinte » : qu'ils en fassent souvenir les juges et le ministère public, défenseurs de l'accusée, objet digne de toute leur attention, et que je rappelle avec d'autant plus de raison, qu'il n'en est pas fait mention dans le Code pénal, où l'on s'est contenté d'insérer la règle déjà ancienne, « que si une femme condamnée à mort se déclare grosse, et s'il est vérifié qu'elle est enceinte, elle ne subira la peine qu'après sa délivrance. » Cet oubli néanmoins n'est pas un signe d'abolition, et l'exécution de la loi est maintenue par cette clause, « que toutes les matières qui n'ont pas été réglées par le présent Code, et qui sont réglées par des lois et des réglemens particuliers, les cours et les tribunaux continueront de les observer (Code pénal, pag. 27 et 484). » D'ailleurs, peut-il y avoir prescription pour le sentiment qui nous dit que les agitations et les inquiétudes, inséparables d'une discussion, toujours effrayante même pour l'innocent, peuvent causer à une femme enceinte des révolutions capables d'altérer sa présence d'esprit et de préjudicier à son fruit.

Condamnations et exécutions des jugemens. Il ne me serait pas difficile de montrer par l'histoire ancienne et moderne du genre humain, que les peuples accoutumés au spectacle de supplices cruels, aux combats de gladiateurs ou de bêtes féroces, ont été aussi les plus cruels, et ceux parmi lesquels il s'est commis habituellement de plus grands crimes. Notre législation criminelle, en épargnant aux condamnés tant de douleurs atroces et inutiles, a certainement beaucoup contribué à adoucir les mœurs de la nation, ce qui deviendra d'autant plus sensible que nous jouirons d'une plus longue paix ; même en épargnant au criminel qu'il faut retrancher de la société les horreurs d'une longue agonie, elle s'est montrée bien plus humaine que celle de cet empereur dont les courtisans n'ont pas manqué de louer la sagesse, qui, sous prétexte d'abolir la peine de mort, et de donner un exemple terrible et permanent, avait établi des lieux funèbres, où les condamnés à la peine capitale,

devaient achever de vivre toujours enchaînés à la même place ; j'ai visité ces lieux à Pizighittone, et l'on m'a dit dans cette ville qu'ils étaient un sujet d'horreur, sans avoir corrigé personne. Les lumières de la médecine ont singulièrement aidé la législation française dans ses vues d'abréger le moment vengeur de la société, et elles ont servi l'humanité, jusque dans l'invention de l'instrument fatal : il est vrai que, dans le temps, des médecins mêmes ont cru apercevoir encore des signes de souffrance après la décollation ; mais ils avaient confondu l'irritabilité musculaire qui subsiste encore longtemps après la mort, avec l'unité vitale, ou ils avaient été trompés par les expériences purement curieuses de galvanisme, par lesquelles Aldini, Giulo, Rossi, etc., avaient suscités de grands mouvemens chez des décapités, expériences renouvelées dernièrement à Glascow (10 décembre 1818) sur un pendu par les docteurs Uve, Philips et Jeffray avec un succès étonnant pour les mouvemens provoqués, sans qu'il en soit résulté aucun avantage pour le retour à la vie, quoique ce dernier sujet n'eût sur le cou aucune marque de dislocation, et qu'il parût simplement être mort asphyxié (*Bibliot. univers.*, fév. 1819).

Les peines afflictives, autres que la mort, sont ou pour un temps déterminé, ou perpétuelles. Ce sont la réclusion, le carcan, la marque, les travaux publics, la déportation (Code pénal, §. 6) : l'application de ces peines ne doit être ni plus grave, ni plus douloureuse pour ceux qui les subissent, que la loi ne l'a voulu ; et c'est pourtant ce qui résulterait nécessairement de certaines circonstances physiques dans lesquelles se trouveraient quelquefois les condamnés, si on n'y avait égard, inconvénient qui a été prévu par plusieurs cours supérieures de justice, lesquelles ont fort souvent ordonné que les médecins fussent consultés pour déterminer ou pour constater les cas dans lesquels il convient de différer ou d'adoucir l'exécution d'une sentence ; il est même d'usage dans certains pays, et il l'était également en France avant la révolution, de retarder l'exécution d'un criminel condamné à mort, et qui était un peu gravement malade jusqu'à sa guérison ; mais je pense, au contraire, dans ce cas, qu'il est humain de ne pas différer l'exécution, quel que soit le genre de la maladie ; car c'est diminuer le nombre des souffrances de ce malheureux, que d'abréger une vie qu'il sait ne pouvoir conserver ; il est présumable que la diminution de ses facultés corporelles et intellectuelles, occasionée par la maladie, lui rendra moins terrible ce dernier moment.

La raison et l'humanité sont d'accord pour insinuer qu'on doit tous les ménagemens que la loi ne défend pas, et tous les moyens de conserver les forces morales à ceux qu'elle ne

punit que pour un temps, afin que, quand ils seront rappelés dans le sein de la société, la dégradation de leur ame, et le délabrement de leur santé ne les leur rendent pas non-seulement inutiles, mais même plus dangereuses qu'auparavant. Ainsi la privation de la liberté, prononcée par la loi, ne doit pas être une simple détention dans des lieux forts d'où l'on ne puisse s'évader, mais dans des lieux sains où l'on puisse se bien porter et apprendre à devenir meilleur. Ici s'offre naturellement la réflexion qu'effectivement lorsque la loi inflige une peine temporaire, elle fait ou est censée faire les mêmes fonctions qu'un père qui corrige, dans l'espoir que ses enfans perdront leurs mauvaises habitudes. Cela a été pensé et dit depuis longtemps; mais je ne trouve encore que l'état auquel Thomas Penn a appliqué son système, où l'on ait mis cette pensée en pratique. Partout ailleurs la loi est présentée comme un être irrité, qui ne pense pas à corriger, mais à se venger. Dans la Pensylvanie où la réclusion, les galères et la peine de mort ont été remplacées par l'habitude forcée du travail, du silence et de la méditation, où l'homme coupable est forcé, chaque jour, d'apprendre ce qu'il se doit à lui-même, à ses semblables et à Dieu, on a résolu complétement ce problème encore indécis dans notre vieille Europe; savoir, si l'homme né avec des penchans criminels, en apparence les plus irrésistibles, était absolument incorrigible. Toutes les relations nous apprennent (et j'en ai même de 1818) qu'on n'a pas encore à se repentir d'avoir admis de nouveau dans le sein de la société ceux qui avaient séjourné quelques années dans ces retraites de correction.

Insigne contradiction dans les idées! Vous ne voulez punir un coupable que temporairement, et vous lui appliquez, par le moyen de la marque, une peine perpétuelle! Croyez-vous, lorsque c'est un fait incontestable, que, pour être homme de bien, il faille commencer par sentir sa propre dignité, que ce malheureux qui porte sur ses épaules un témoin ineffaçable de sa dégradation et de son ignominie, s'élève jamais dorénavant jusqu'à prendre l'habitude des bonnes actions? On ne devrait donc flétrir que ceux qui ne doivent plus faire partie du corps social. En attendant ces réformes, et pour rentrer dans les bornes de notre sujet, nous dirons qu'il est de toute justice de différer l'exposition au carcan d'un individu attaqué d'une maladie aiguë ou chronique de quelque intensité, ou récemment affligé de la perte d'un fils, d'un père ou d'une épouse, et qu'une maladie de peau, phlegmoneuse ou érysipélateuse, doit pareillement retarder l'application du fer rouge pour qu'elle ne devienne ni plus douloureuse, ni plus dangereuse que ce n'est l'intention de la loi. La déportation ne doit pas consister

à être resserré et accumulé avec d'autres malheureux dans un petit espace où, par les privations et l'oisiveté, l'on perd les forces du corps et de l'esprit. Il faut supprimer cette peine, si l'on ne peut lui donner cours; et si la déportation peut s'exécuter, ce n'est point l'esprit de la loi que ce soit dans un pays dont les qualités malfaisantes altèrent bientôt la constitution et les forces des individus qui y vivent, et où ils manqueraient des ressources nécessaires pour subvenir à leurs besoins; car un déporté n'est pas un homme condamné à mort. Enfin, il ne suffit pas d'établir des verroux, des geoliers, des chaînes, des bourreaux : le vrai savoir consiste à adoucir, autant que la loi le permet, le sort des victimes de leurs erreurs, et à faire servir ces erreurs mêmes à l'avantage de tous et de celui qui les a commises.

Par une conséquence de tout ce qui vient d'être dit, il est clair que les condamnés temporairement aux travaux publics ne doivent point être surchargés de manière à être infirmes lorsqu'ils sont libérés; l'humanité dit qu'il en doit être de même lorsque ces travaux sont à perpétuité: il n'est personne qui ne sache que chez certains individus l'existence se prolonge malgré les traitemens les plus durs, en sorte que le supplice de ces misérables deviendrait plus rigoureux sans être moins long. Mais n'y a-t-il que des travaux de marine auxquels ces criminels puissent être employés? Ne serait-il pas possible de les utiliser aux travaux beaucoup plus sains et beaucoup plus moraux de l'agriculture, à défricher des landes, à rendre fertile, par exemple, la Champagne pouilleuse par le mélange des terres? Une autre idée à laquelle j'ai souri, a été celle d'un membre de la chambre des députés de la session actuelle (1819), qui, lors de la discussion sur le monopole du tabac, a proposé d'employer à sa culture dans l'île de Corse et ailleurs des forçats. On pourrait également les employer à la culture de l'indigo et d'autres plantes utiles aux arts, dont le gouvernement percevrait un revenu. Ces ateliers d'agriculture, soumis à des règles et à des devoirs religieux, dans lesquels on accorderait des primes à ceux qui se distingueraient par leur conduite et par leur industrie, auraient pour résultats de corriger même les plus pervers, au lieu que, dans l'ordre actuel, l'homme non encore tout à fait corrompu, que le malheur conduirait dans un bagne, y deviendrait nécessairement tout à fait vicieux, et que le vol et les mauvaises actions sont tellement des vertus parmi les forçats, qu'ils se nuisent et se dérobent même entre eux.

Tout ce que nous venons de dire reçoit pareillement son application en ce qui concerne les peines afflictives imposées aux militaires, dans lesquelles on doit avoir égard à la santé

de l'individu, pour qu'elles ne soient pas plus graves qu'il n'est dans l'intention de la loi de les infliger. Les officiers de santé doivent veiller à ce que les prisons soient aérées, tenues dans une grande propreté, et à ce qu'elles ne soient pas humides. Si le soldat se trouve atteint de quelque incommodité, il faut retarder l'application de la peine jusqu'à ce qu'il soit rétabli. Ceci est particulièrement applicable aux pays où l'on a conservé l'usage barbare de donner la bastonnade et de passer par les verges, genre de supplice qui a souvent été suivi de l'hémoptysie et d'une phthisie incurable.

Enfin, dans des temps plus éloignés, les gens de l'art employés par les tribunaux étaient appelés quand on appliquait un prisonnier à la question, pour assister à cet horrible spectacle, et calculer jusqu'où les douleurs du patient pourraient aller sans danger de lui faire perdre la vie. Triste et cruel ministère où il fallait avoir un cœur de bronze, pareil à celui des juges et des bourreaux ! Mais déjà en France, avant la révolution, la sagesse et l'humanité de Louis XVI avaient fait disparaître cet épouvantable moyen d'interroger la conscience d'un prévenu, reste des épreuves par l'eau et par le feu, des combats en champ clos, et des autres manières de juger, imaginées par nos féroces aïeux. Il n'a pas dépendu de nous, non plus que de tant d'autres qui ont combattu pour l'humanité, que la torture n'ait pareillement été à jamais bannie d'un pays voisin du nôtre; mais si les médecins y sont consultés, ils sauront exposer énergiquement tout ce que peut la douleur pour faire dire précisément tout ce que veulent les juges, et ce qui n'est pas; ils n'attendront pas que les douleurs soient trop cuisantes pour avertir de cesser, parce que la vie est menacée.

Ainsi la médecine, appliquée aux lois, protége l'homme dans tous les instans de sa vie, et le console jusque dans les fers.

(F. E. FODERÉ)

PEINTRES (maladies des). Nous n'avons intention de parler dans cet article que des maladies des peintres en bâtimens : celles qui attaquent les peintres-artistes rentrent absolument dans la catégorie des affections auxquelles les gens de lettres et les savans sont en proie, c'est-à-dire dans les maladies nerveuses.

Cette profession, l'une des plus répandues et des plus nécessaires, est aussi une de celles qui entraînent à leur suite le plus de maux. Si le luxe et la conservation des bâtimens, des meubles, des équipages, etc., exigent l'emploi de la peinture, les substances qui forment les couleurs dont on se sert, nuisent fréquemment à la santé de ceux qui les mettent en œuvre. Composées le plus souvent de matières délétères, celles-ci influent, à la longue, sur la santé de l'ouvrier, et la dérangent

petit à petit, à tel point qu'un grand nombre de personnes de cette profession périssent victimes de l'état qu'elles ont embrassé.

Il faut assimiler aux peintres en bâtimens, sous le rapport des maladies, les marchands et les broyeurs de couleurs. On doit distinguer, parmi les ouvriers peintres, le barbouilleur, le peintre chargé d'exécuter des objets plus soignés, et celui qui n'exécute que des travaux délicats. Le barbouilleur, employant plus de *matière*, est celui de tous qui est le plus fréquemment atteint par les maladies propres à cette profession; le broyeur de couleurs est ensuite celui qui s'en trouve le plus souvent affecté, peut-être l'est-il même plus que le barbouilleur; mais, comme il y a vingt de l'un pour un de l'autre, il en résulte qu'on voit plus fréquemment des barbouilleurs malades que des broyeurs de couleurs; je pense qu'à nombre égal, il en serait précisément le contraire, car le broyeur a constamment le nez sur son travail, tandis que l'autre l'exécute souvent en plein air.

§. 1. *Des substances nuisibles employées par les peintres.* Les substances, employées par ces artisans, sont presque toutes tirées des minéraux et surtout des métaux : l'arsenic, le plomb, le cuivre, le fer, le mercure, etc., fournissent la plupart des matières colorantes employées pour les peintures grossières, sous forme d'oxyde, de sels ou autres préparations. On voit combien il doit y avoir de dangers à manier de telles substances, puisque plusieurs sont des poisons actifs, sinon à l'état métallique, du moins sous la forme où il est nécessaire de les mettre pour s'en servir en peinture. Effectivement l'orpin, le cinabre, le blanc de plomb, le minium, le vert-de-gris, le bleu de Prusse, etc., sont des sels ou oxydes métalliques qui font la base de presque toutes les peintures, et ont des propriétés, comme on sait, très-délétères, à tel point que, si on en avalait une quantité même médiocre, il s'ensuivrait un véritable empoisonnement.

De toutes ces préparations, celles qui se tirent du plomb sont les plus fréquemment employées, et font la base du plus grand nombre des couleurs dont on se sert habituellement. C'est surtout le blanc de plomb qui entre dans beaucoup d'entre elles, puisqu'il est rare qu'on n'en ajoute pas à la plupart de celles que l'on fabrique, soit pour éclaircir la teinte des autres, soit pour servir lui-même de fond, comme dans la peinture blanche, grise, etc.

Les terres métalliques, telles que l'ocre jaune ou rouge, qui entrent dans la composition des peintures grossières, ne paraissent pas avoir les inconvéniens des matières précédentes, parce que le fer, qui est l'élément colorant, est un métal sans

mauvaise qualité. La craie blanche, qui est très-employée en peinture commune, est également sans danger manifeste.

On délaye les couleurs, soit avec de l'eau pure, ce qui s'appelle *détrempe*, soit avec de l'eau plus ou moins enduite de gélatine, ce qu'on désigne sous le nom de *couleur à la colle*, soit avec des huiles grasses, ordinairement celle de lin, rendue siccative par son ébullition sur de la litharge, ce qui forme les *peintures à l'huile*, soit enfin avec l'essence de térébenthine dont on obtient les *couleurs à l'essence*. Le premier genre de couleur ne sert guère qu'au blanchiment des étables, des écuries, etc., et se fait avec la chaux éteinte dans l'eau; le second est très-employé pour les façades des maisons, les escaliers, etc. Ces deux modes de peintures paraissent sans inconvéniens pour la santé, parce qu'on n'y emploie que des matières terreuses et point de métaux nuisibles. La troisième espèce est la plus dangereuse de toutes, parce qu'elle se fait avec des préparations de plomb, de cuivre, etc. L'huile qui leur sert d'excipient, en délaye les molécules, leur fait occuper plus de surface, et permet en quelque sorte un contact plus prolongé avec elles, outre que l'huile, empêchant la dessiccation prompte, donne lieu à leur partie odorante de se répandre davantage. Quant à la quatrième variété, elle serait peu dangereuse, à cause de sa prompte dessiccation, si l'essence elle-même ne nuisait à la santé par une odeur vive et pénétrante, et par son action marquée sur le genre nerveux. On vernit souvent les peintures à l'huile, ce qui est encore une cause d'incommodité pour les peintres.

§. II. *Des causes des maladies des peintres.* On trouve dans les substances que ces artisans manient et emploient sans cesse, les sources des maux qui les attaquent.

Ce n'est pas parce que les peintres avalent ou introduisent à l'intérieur les matières qui servent à la préparation des couleurs qu'ils en sont incommodés; bien qu'en général leur malpropreté soit extrême, qu'ils aient de la couleur aux bras, aux mains, au visage; qu'ils portent parfois à leur bouche leur pinceau; qu'ils prennent souvent leurs alimens sans se laver, ce qui fait que quelques parcelles peuvent bien s'introduire dans les voies gastriques: ces circonstances ne paraissent pas suffire pour la production de leurs maladies, car cette quantité est si peu considérable, qu'elle ne peut pas avoir un résultat bien nuisible. D'ailleurs on voit les mêmes maladies avoir lieu chez les ouvriers qui sont propres; seulement ils en sont en général moins fréquemment atteints. Au surplus, les substances colorantes ingérées agissent à la manière des poisons, et si la quantité en était assez notable, elles causeraient un véritable empoisonnement.

Il paraît certain, comme je crois l'avoir démontré dans mon *Traité de la colique métallique*, que ce n'est pas par l'intromission des molécules métalliques que les matières colorantes incommodent les peintres : il y a de grandes probabilités pour établir que ce sont les émanations qui s'échappent de ces substances, qui deviennent l'origine des maladies de ceux qui les emploient. Cette espèce d'*effluve* est sans odeur marquée dans la plupart d'entre elles, mais elle n'en est pas moins active ; ne voyons-nous pas l'air des marais, qui ne présente rien de nuisible à l'odorat, donner pourtant naissance à des maladies terribles ? L'analyse chimique des excrémens des peintres, que j'ai consignée dans l'ouvrage cité ci-dessus, a démontré qu'ils ne contiennent aucune partie métallique reconnaissable par les réactifs les plus sûrs.

Quant à l'*essence* qui entre dans les couleurs ou qui sert à les vernir, c'est par l'odeur particulière qui la caractérise et qui est très-pénétrante, qu'elle paraît produire les dérangemens qui lui sont propres dans la santé des peintres.

L'absorption des parties nuisibles des métaux que les peintres emploient, a lieu à la surface de la membrane muqueuse des voies aérienne et gastrique-intestinale ; c'est surtout par les voies muqueuses aériennes que cette absorption doit avoir lieu d'une manière plus marquée, parce que, portées par l'air, ces effluves sont dirigées directement vers le poumon, où cette fonction est, comme on sait, plus active que sur la surface intestinale, et surtout que sur la peau. Ces deux autres surfaces s'imprègnent pourtant aussi des parties délétères des couleurs, par leur contact avec les parties *odorantes* des matières employées, surtout la peau. S'il y a contact immédiat entre la couleur et la peau, comme cela n'a que trop souvent lieu dans la classe des barbouilleurs, gens en général sales, l'absorption se fera avec plus de facilité, outre l'action particulière que les molécules métalliques peuvent exercer comme métal.

§. III. *Des maladies particulières aux peintres.* Parmi les diverses professions, le peintre est l'ouvrier dont la santé est le plus fréquemment altérée ; peu d'autres réunissent autant de causes d'insalubrité et plus de chances de maladies. Je n'indiquerai que les principales.

1°. *Constipation.* Habituellement les peintres en bâtimens sont resserrés et vont difficilement à la garde-robe. Cela paraît être le résultat de l'action des substances métalliques qu'ils emploient, qui diminue la force expulsive du canal intestinal, et le mouvement qui porte les matières alvines vers le rectum. Les fèces qu'ils rendent, lorsqu'ils sont constipés, sont arrondies, dures, de petit volume, et semblables parfois

à des crottes de brebis, espèces d'excrémens désignés dans les livres sous le nom de *scybala*. Il succède quelquefois à ces constipations des diarrhées passagères, puis la constipation recommence, souvent accompagnée de quelques douleurs du ventre ou de l'estomac. Les peintres la combattent avec des adoucissans pris à jeun le matin ; mais ne s'astreignant pas à un régime sain, ils ne réussissent que médiocrement à combattre cet état du ventre, qui présage le plus ordinairement la maladie suivante, qui est crainte de ces ouvriers souvent fort intempérans, et dont l'abus qu'ils font des boissons spiritueuses ne contribue pas peu à les rendre malades.

Colique métallique. Cette maladie est la plus fréquente de toutes celles qui sont particulières aux peintres, à tel point qu'on la désigne sous le nom de *colique de peintre* ; elle est très-redoutée par ces ouvriers, qui en sont rarement exempts, et qui l'ont ordinairement plusieurs fois dans le cours de leur vie, à des époques plus ou moins éloignées. Il y en a qui en sont pris dès la première année qu'ils travaillent, d'autres n'en sont atteints qu'au bout de cinq ou six ans, d'autres au bout de vingt ans. Enfin, un petit nombre, plus heureux, n'en est jamais attaqué. Les récidives n'ont également rien de fixe ; quelquefois il y a à peine quelques semaines entre leur apparition, d'autres fois il y a plusieurs mois, et dans quelques circonstances des années ; nous avons connu des ouvriers qui avaient été repris de cette maladie avant de travailler de nouveau, et d'autres chez lesquels il y avait eu quinze et vingt ans d'intervalle avant l'irruption de nouvelles attaques. Ce manque de fixité dans les coliques fait qu'on trouve des ouvriers pour faire cet état, malgré tous ses inconvéniens, parce que chacun espère avoir pour lui les chances favorables.

Nous ne répéterons pas ici tout ce qui a été dit sur cette maladie à l'article *colique de plomb*, tom. vi, pag. 32 de ce Dictionaire, où nous renvoyons le lecteur. Nous nous bornerons à remarquer que son invasion est quelquefois longue, et quelquefois assez brusque, et que les symptômes principaux sont une constipation opiniâtre ; des douleurs de ventre plus ou moins fortes, parfois atroces, qui paraissent avoir leur siége dans les intestins grêles, et qui se manifestent autour de l'ombilic, ordinairement rétracté, et qu'on soulage par une pression méthodique, au lieu de les augmenter, comme cela aurait lieu dans une colique inflammatoire ; qu'il y a absence complette de fièvre. A ces symptômes on ne peut méconnaître cette maladie, dont la durée est de huit jours environ lorsqu'elle est combattue par le *traitement de la Charité*, que l'expérience a reconnu être le plus efficace, et qui consiste en drastiques, dont on suspend chaque soir l'effet au moyen de l'opium. Nous renvoyons,

pour les détails de cette cruelle affection, au traité *ex professo* que nous en avons publié en 1812.

Nous ferons seulement remarquer la singularité de la maladie, eu égard à sa cause. On a regardé le plomb comme un stupéfiant, comme un métal qui causait une sorte de paralysie des parties : en supposant ce fait constant, comment expliquer qu'il exerce plutôt son action sur la tunique musculaire des intestins, qui paraît être le siége de la colique des peintres, de préférence à d'autres régions? S'il y avait ingestion des molécules métalliques, ce résultat serait moins difficile à expliquer, mais nous avons fait voir que ce n'était guère que par la partie odorante que les métaux agissaient, de sorte qu'il devrait s'ensuivre une affection du poumon, et non des intestins, puisque les odeurs sont emportées avec l'air qui les reçoit dans cet organe, du moins en beaucoup plus grande quantité que dans l'intestin.

Les peintres ne sont pas les seuls ouvriers qui soient susceptibles d'être atteints par la colique métallique : les plombiers, les potiers de terre, les faïenciers, les fondeurs, les vitriers, les lapidaires, etc., qui tous emploient du plomb ou des oxydes de ce métal, sont également dans le cas de contracter cette maladie, comme le constatent les registres de l'hôpital de la Charité, lieu où l'on reçoit depuis deux siècles ce genre de colique, et où on lui fait subir un traitement qui a été généralement adopté dans les autres établissemens destinés à la guérison des maladies.

Il arrive encore assez fréquemment qu'on peut être surpris par la colique métallique, seulement pour avoir couché dans des appartemens trop nouvellement peints. Nous avons eu l'occasion de traiter plusieurs fois cette maladie acquise de cette manière, qui est difficilement soupçonnée par ceux qui en sont atteints, et que les médecins ne reconnaissent pas toujours, parce que la profession des individus ne les éclaire pas sur sa source. Il faut avoir grand soin de n'habiter une chambre nouvellement peinte que lorsque toute odeur est passée; ce qui exige environ un mois, même en été.

Paralysie métallique. Lorsque la colique a été mal soignée, ou qu'elle ne l'a pas été du tout, il peut en résulter une paralysie particulière, désignée sous le nom de *paralysie métallique*, *paralysis rachialgia* (Sauvages, *Nosol.*, clas. VI). Cette espèce attaque seulement les bras, et passe rarement à d'autres parties; ce qui la distingue de la plupart des autres paralysies qui affectent, ou une moitié, ou les parties inférieures du corps Les mauvais soins donnés à la colique dont nous voulons parler viennent le plus souvent d'un traitement contraire et mal entendu, tel est surtout le *traitement antiphlogistique*, que Bordeu,

Tronchin, De Haën, Astruc, etc., ont pourtant préconisé, mais que Boerhaave, Baglivi, Stoll, Bouvart, Chirac, Desbois de Rochefort, Corvisart, etc., ont démontré être le plus souvent nuisible, et être fréquemment cause de la paralysie qui succède à ces coliques ainsi soignées. Les autres traitemens n'ont jamais de meilleur succès, et il n'y a absolument que celui dit de la Charité qui préserve sûrement de cet état secondaire. On conçoit que si on laisse s'écouler sans traitement des coliques de cette nature, il y aura beaucoup de certitude pour l'apparition de la paralysie. Enfin, lorsque les coliques sont trop fréquemment répétées, quelque radicale que soit leur guérison, il en résulte une énervation, une fatigue des parties parfois suivie de la paralysie métallique. On a vu la colique disparaître subitement pour faire place à la paralysie. C'est dans cette conjoncture que les malades disent que *leur colique est tombée dans les bras.*

Dans ces différens cas, la paralysie métallique succède à la colique; mais on l'observe parfois, quoique très-rarement, exister d'une manière primitive, sans colique préliminaire, sans aucun symptôme précurseur qu'on puisse rapporter à cette maladie; la paralysie se montre peu à peu dans les bras, et finit par être complette. J'ai vu dernièrement un fabricant de couleurs être dans ce cas, et chez lui la maladie n'a encore éprouvé que peu d'amélioration du traitement que nous lui avons fait subir. Ce traitement consiste, si la paralysie est récente, dans celui de la colique métallique, qu'on exécute tout comme si cette maladie existait. On le recommence deux ou trois fois, si la débilité musculaire en reçoit quelque soulagement. Si elle résiste à ce genre de médication, elle rentre dans les paralysies ordinaires et demande les mêmes secours. *Voyez* PARALYSIE.

J'ai vu aussi tout récemment un plombier attaqué de paralysie, quoiqu'il n'eût encore éprouvé que quatre à cinq coliques, et qu'il n'eût pas plus de trente ans.

La colique végétale produit encore plus fréquemment la paralysie que celle des peintres; ce qui indique du rapport entre ces deux maladies, qui en ont encore d'autres fort remarquables, comme de céder au même traitement, et qui diffèrent cependant assez pour qu'on ne puisse les confondre. Peut-être la colique du vernis n'est-elle qu'une colique végétale?

Dyspnée métallique. Sauvages admet une espèce d'asthme *asthma metallicum*, qu'il dit être causé par l'emploi des métaux chez les ouvriers qui les travaillent (*Nosol.*, clas. II, ord. 2). Il y a un certain nombre de peintres qui deviennent asthmatiques ou du moins dispnéiques sur leurs vieux jours, et qui attribuent cet état aux couleurs qu'ils ont employées. Sans nier absolument la possibilité de l'existence de cette ma-

ladie par cette cause, nous avouerons n'en pas connaître d'exemples évidens. Suivant nous, la dyspnée qu'éprouvent les peintres, lorsqu'elle existe, tient à des causes étrangères à leur profession, ou est le résultat de la cachexie générale dont ils sont parfois atteints.

Il semblerait pourtant rationnel d'admettre que la cause qui produit la colique sur les intestins ayant un contact plus direct avec les poumons devrait léser ces organes, et que la dyspnée pourrait se trouver au nombre des altérations qui résulteraient de ce contact délétère. Nous manquons de faits, du moins en ce qui regarde les peintres, pour admettre la justesse de cette explication.

Tremblement métallique. Cette espèce de tremblement, fort commun chez les doreurs sur métaux, est au contraire très-rare chez les peintres, pour ne pas dire inobservé; nous déclarons n'en avoir pas vu d'exemples, malgré la grande quantité de malades de ce genre qui ont été soumis à notre observation. Nous ne le mentionnons ici que par respect pour Desbois de Rochefort, qui dit l'avoir observé chez ces ouvriers. *Voyez* MALADIES DES DOREURS, tom. XXX, pag. 233.

Cachexie métallique. Il n'est que trop ordinaire de voir les hommes qui ont pratiqué la peinture, être vieux avant l'âge, avoir le teint plombé, le corps maigre ou bouffi, et les fonctions plus ou moins maléficiées; en un mot, être dans une véritable cachexie, qui a lieu d'une manière d'autant plus prompte et plus marquée, qu'ils ont été plus souvent affectés de la colique métallique; la plupart de ces artisans périssent de bonne heure par suite de ces maladies ou de cette cachexie chronique qui les mine. Celle-ci est le résultat de l'action répétée de maladies multipliées dont chacune a laissé le corps dans un degré toujours croissant d'affaiblissement, ou bien elle résulte de l'action lente et insensible des émanations des couleurs et des vernis, dont les élémens, pénétrant toutes les parties, les altèrent insensiblement et produisent leur détérioration, ce qui amène la cachexie. Les lavages à l'*eau seconde*, c'est-à-dire avec des acides minéraux affaiblis, peuvent également nuire aux peintres et contribuer à la production de la cachexie.

Son traitement rentre absolument dans celui de toutes les autres espèces de cachexie, c'est-à-dire qu'il doit consister à abandonner le genre de travail qui l'a produite, à respirer l'air de la campagne, à se nourrir de bons alimens en petite quantité, à faire un exercice proportionné à ses forces, et à user de quelques toniques, à la tête desquels il faut placer le quinquina. Il est quelquefois nécessaire de commencer par faire le traitement de la colique, s'il existe quelques traces de cette maladie, et si les forces du sujet le permettent.

§. IV. *Traitement préservatif.* Les moyens qui peuvent préserver les peintres des affections qui les menacent sont tous renfermés dans l'observation des règles de l'hygiène ; parmi ces moyens il en est trois principaux auxquels il leur importe surtout de se conformer, et dont nous dirons un mot : 1°. la propreté ; 2°. de s'éloigner des émanations des couleurs ; 3°. d'avoir le ventre libre.

La propreté est certainement la qualité la moins commune chez ces ouvriers, car il est peu de professions plus sales ; on voit des couleurs de toutes espèces contraster sur les habits des peintres avec le teint pâle et jaunâtre de leur visage ; des mains enduites de peinture qu'ils portent à leur bouche, et qu'ils lavent rarement, sont le spectacle que le grand nombre d'entre eux offre incessamment. Il serait donc nécessaire que ces ouvriers ne mangeassent pas sans se laver les mains et le visage, qu'ils changeassent de linge fréquemment, et qu'ils évitassent tout contact inutile avec les matières qu'ils emploient. Des bains une fois par mois nétoieraient leur peau des molécules colorantes qui peuvent s'y attacher, et faciliteraient la transpiration que les poussières des grattures ne manquent pas d'empêcher en encroûtant la peau et en en bouchant les pores.

Il y a des odeurs que les peintres ne peuvent fuir ; mais du moins ils peuvent diminuer la longueur de leur contact en les respirant le moins possible. Autant qu'il y a moyen, il faut qu'ils ne peignent que dans des lieux ouverts, sous le vent, et qu'ils quittent les endroits peints aussitôt que leur présence y est inutile, comme pendant les repas, dans les temps de repos, pour préparer leurs mélanges, etc. ; ils doivent surtout éviter de s'y endormir. Enfin les plus sujets à la colique doivent éviter les ouvrages les plus susceptibles de la faire contracter, comme la peinture à l'huile et à l'essence. Les broyeurs de couleurs ne devraient travailler que sous un manteau de cheminée munie d'un appel, suivant la méthode de M. Darcet.

Comme un des symptômes avant-coureurs de la colique des peintres est la constipation, il s'ensuit que les ouvriers doivent éviter cet état du ventre avec beaucoup de soin ; la plupart, dans cette vüe, boivent du lait à jeun, précaution très-convenable, et qu'on doit approuver ; d'autres se purgent de temps en temps, ce qui peut avoir des inconvéniens. C'est par un régime simple et sain qu'ils maintiendront des évacuations faciles surtout en ne se livrant point à l'ivrognerie, vice très-commun chez ces artisans, et qui ne contribue pas peu à les jeter dans la misère, où sont la plupart d'entre eux, et à miner une santé que leur profession ne contribue que trop à détruire. (MÉRAT)

PELADE, s. f., *pellalora*, *ophiasis*, *alopecia*. On donne le

nom de pelade à la chute des poils et à la séparation de l'épiderme. Depuis environ 1540 jusqu'au milieu du siècle suivant, tous les auteurs ont parlé plus ou moins longuement de la pelade ou alopécie : ils l'annonçaient comme très-fréquente; mais elle est devenue successivement plus rare. La seule différence qu'on trouve, c'est que quelques médecins ne donnaient le nom de pelade qu'à la maladie dans laquelle les poils tombaient en même temps que l'épiderme s'enlevait en totalité, comme cela a lieu chez les serpens, de là le mot *ophiasis*, ou seulement en partie, comme on le voit chez les hommes à la suite de longues maladies, de fièvres adynamiques, d'affections érysipélateuses, de pressions ou de frottemens sur quelques parties du corps.

Ce que je pourrais ajouter sur la pelade, ne serait qu'une répétition de ce que j'ai dit de l'alopécie; ainsi je renvoie à ce mot. (CULLERIER)

PÉLAGIE, s. f., *pelagia*, érysipèle écailleux des mains, quelquefois des jambes, rarement du visage : c'est le *del sola male rosso*, *del padrone*, etc., des Italiens, appelé par nous *pellagre* (*Voyez* ce mot). Il ne faut pas confondre ce mal rouge des Italiens avec celui de Cayenne. *Voyez* MAL ROUGE. (F. V. M.)

PÉLICAN, s. m., *pelecanus* : instrument de chirurgie recourbé en manière de crochet, comme le bec de l'oiseau dont il porte le nom, propre à arracher les dents; il est composé d'une tige terminée à une extrémité par un manche, et de l'autre par une surface dentelée, formant point d'appui. Le crochet recourbé qui se visse sur la tige, près le manche, va passer et se rabattre sur le point d'appui, en laissant l'intervalle de l'épaisseur d'une dent. Pour extraire un de ces os, on place le point d'appui sur l'alvéole, et le crochet, embrassant la dent, la renverse, et l'emporte par le mouvement de bascule qu'on fait faire à l'instrument. *Voyez* la planche 45 de l'Encyclopédie de chirurgie, où les trois espèces de pélican connues sont représentées.

On se sert peu maintenant du pélican, qu'on a abandonné pour la clef de Garengeot, ou tout uniment pour le davier, espèce de pince courbe, très-forte. (F. V. M.)

PELLAGRE, s. f., *pellagra*. Les habitans du royaume lombardo-vénitien désignent ainsi une maladie que la plupart des médecins italiens considèrent comme étant exclusivement propre aux contrées septentrionales de leur patrie. Nous aurons occasion, dans le cours de notre article, de faire voir qu'il s'élève de grands doutes contre cette opinion, de l'aveu même de plusieurs d'entre eux.

Les caractères les plus saillans de la pellagre sont une sorte

d'érysipèle périodique des parties du corps exposées au contact de l'air ou à l'action des rayons solaires, avec desquamation de l'épiderme. A ces accidens, qui sont généralement considérés comme des signes pathognomoniques, se joint un appareil singulier de symptômes, parmi lesquels on remarque principalement ceux qui indiquent l'affection de l'appareil gastro-intestinal, tels que la cardialgie, les nausées, l'inappétence, la voracité ou la perversion de l'appétit; les coliques, la diarrhée, la dysenterie, et ceux qui annoncent la lésion plus ou moins profonde du système nerveux, comme les vertiges, la morosité, la timidité, le délire tranquille ou furieux, l'hypocondrie, la manie, l'idiotisme, et surtout le penchant presque irrésistible au suicide.

Rien ne semble, au premier coup d'œil, plus facile que de tracer une histoire exacte et régulière de la pellagre. Nous possédons, en effet, une trentaine d'ouvrages sur cette affection, d'autant plus redoutable qu'elle pèse sur la classe de la société la plus utile et la plus nécessaire dans un pays agricole. Plusieurs fois elle a éveillé l'attention des gouvernemens qui ont régi tour à tour l'Italie; mais la sollicitude philantropique de l'empereur Joseph II, les efforts de plusieurs sociétés savantes et les travaux des praticiens les plus zélés et les plus recommandables, ont été insuffisans pour éclairer, non pas même uniquement sur la nature, mais encore sur les véritables causes de cette maladie. La plus grande incertitude règne dans tout ce qui est relatif à son histoire, et l'on ne s'accorde que sur un point, c'est-à-dire à peindre des couleurs les plus sinistres, l'influence funeste qu'elle exerce sur la population des campagnes. Peut-être l'insuffisance des notions que nous possédons à son égard tient-elle à la marche que les médecins italiens ont suivie dans les recherches dont elle a été l'objet. Aujourd'hui même ils se livrent à d'oiseuses et stériles spéculations touchant la cause de cette affection, et négligent presque entièrement d'invoquer les lumières de l'anatomie pathologique, qui seules pourraient dissiper, du moins en partie, l'obscurité dont elle est encore enveloppée, et apprendre enfin s'il faut la considérer uniquement comme une affection cutanée, ou si l'exanthème n'est que symptomatique, et si le foyer primitif n'en existe pas dans les voies digestives, ainsi que tout porte à le faire conjecturer.

La pellagre tire son nom de l'affection exanthématique qui en constitue l'un des symptômes les plus apparens, celui que tous les auteurs se sont plû à représenter comme le seul essentiel, ou au moins comme la source de tous les autres. Titius a proposé de remplacer cette dénomination par celle de *dermatagre*, qui ne vaut pas mieux, et qui est même moins conve-

nable encore, puisque la maladie n'attaque jamais les tégumens proprement dits du corps à une grande profondeur, et que la seule altération qu'elle y occasione porte sur l'épiderme exclusivement. Le même écrivain range la pellagre parmi les érysipèles, et lui assigne l'épithète distinctive d'*érysipèle périodique nerveux chronique*. Vaccari l'a nommée *mal de misère*, par allusion à la pauvreté excessive de ceux qui en sont atteints. Louis Aldalli l'appelle *paralysie scorbutique*, et Odoardi lui a donné le nom de *scorbut des Alpes*. Le docteur Holland n'hésite pas à la mettre au nombre des *impetigines*. Enfin, M. Alibert l'a classée parmi les ichthyoses, sous la dénomination d'*ichthyose pellagre*. Il nous semble que Titius s'est le moins écarté de la vérité; mais le hasard seul l'a conduit au rapprochement qu'il établit, et l'érysipèle constituant à ses yeux un genre distinct et indépendant de maladies cutanées, il est clair que les apparences extérieures l'ont seules déterminé à une classification d'après laquelle on serait d'abord tenté de croire qu'il avait mieux saisi la nature de la pellagre que ses prédécesseurs.

Nous nous contenterons ici de jeter un coup d'œil très-rapide sur l'histoire de la maladie. Son origine paraît être encore couverte de ténèbres, malgré les discussions qui se sont élevées à cet égard depuis quarante ou cinquante ans. L'époque de son apparition a été, en particulier, comme celle de la syphilis, un objet de doute et de controverse. Un des premiers écrivains sur cette affection, François Frapolli, médecin ordinaire du grand hôpital de Milan, soutient, dans son court opuscule, qu'elle n'est point nouvelle. Il s'appuie principalement sur une décision de l'administration de l'hôpital, en date du 6 mars de l'année 1578, qui porte que les individus attaqués de la maladie connue à cette époque sous le nom de *pellarella*, seront reçus dans l'hospice. Il se fonde, en outre, sur ce que l'affection étant, à ce qu'il prétend, causée par la seule action du soleil, elle doit nécessairement être aussi ancienne que cet astre. Le raisonnement serait juste, en admettant la majeure, mais ce n'est pas ici le lieu de nous en occuper : nous y reviendrons lorsque nous en serons à la discussion des causes. Zanetti, qui a écrit après Frapolli, puisque son mémoire ne fut adressé qu'en 1770 à l'académie de Nuremberg, et qui n'avait cependant pas alors connaissance du travail de son compatriote, soutint, au contraire, que la pellagre est nouvelle. Gherardini se rangea de son avis, alléguant principalement le silence de Ramazzini, qui venait de publier son beau Traité sur les maladies des artisans. Il réfuta dans le même temps Frapolli, en disant que la *pellarella* n'était qu'un symptôme de la syphilis, et que l'analogie des noms avait pu seule faire croire qu'elle ne différait pas de la pellagre. D'un autre côté, Albera

qui avait adopté le sentiment de Frapolli touchant l'action des rayons solaires, supposait également l'affection aussi ancienne que cet astre, et prétendait qu'autrefois elle avait été connue sous des noms différens, à raison des variations qu'elle présentait alors, soit dans sa forme, soit dans son intensité. Cette dernière assertion ne semble pas dénuée de vraisemblance, surtout lorsqu'on la rapproche de celle que Gaspard Ghirlanda a mise en avant. Ce praticien soutient, en effet, que la pellagre existait, aux environs de Trévise, bien avant l'époque à laquelle Frapolli et Zanetti l'observèrent pour la première fois dans la Haute-Lombardie, et ajoute qu'il pourrait produire des documens irrécusables constatant son existence, dans cette contrée, vers le commencement même du dix-huitième siècle; mais que l'état peu avancé de la médecine dans les campagnes et l'ignorance des paysans se sont réunis pour la faire négliger et confondre avec d'autres affections qui la compliquent quelquefois, ou dont elle présente l'apparence. Ces détails, qui paraissent positifs, s'accordent avec ceux qu'on trouve dans l'ouvrage de Strambi. Ce praticien, qui fut chargé de diriger l'hôpital établi à Lignano, près de Milan, pour les pellagreux seuls, d'après les ordres de l'empereur Joseph II, dit que plusieurs des individus reçus dans cet établissement lui assurèrent que leurs pères, et même leurs grands-pères, avaient déjà été atteints de la maladie. Il conclut de là que cette dernière régnait en Lombardie soixante ou soixante-dix ans avant l'époque de la publication de son livre, c'est-à-dire avant l'année 1784. Toutes ces considérations réunies ont déterminé Allioni à en faire remonter la date jusqu'en 1715, malgré qu'elle n'ait commencé à fixer l'attention des médecins du Milanais que vers l'année 1740.

Quoi qu'il en soit néanmoins de toutes ces supputations chronologiques, qui n'ont rien que de bien vague, malgré le haut degré de probabilité qu'on ne saurait leur refuser, on pense à peu près généralement aujourd'hui que la pellagre date au plus d'une soixantaine d'années. Telle est spécialement l'opinion du docteur Moscati. Il paraît qu'on l'a observée pour la première fois dans les provinces de la Lombardie situées entre le Pô et les Alpes, et en particulier dans le département d'Olonne. C'est à Soma et dans les environs qu'elle règne avec plus de force que partout ailleurs. On la rencontre très-fréquemment aussi sur le territoire de Novara. Cerri l'a vue également à Castelletto et dans les lieux circonvoisins, où le docteur Terzaghi assure qu'elle est fort répandue. Cerri pense qu'elle s'est propagée de là vers l'Orient, en suivant le revers des montagnes. Mais on n'a que des renseignemens trop faibles sur l'époque à laquelle elle a commencé à se montrer, pour

pouvoir assigner positivement la contrée qui a été le premier théâtre de ses ravages, d'autant plus que les premiers auteurs qui ont écrit sur elle, Frapolli, Zanetti et Odoardi, la peignent comme étant déjà répandue à peu près sur toute la surface du Haut-Milanais, c'est-à-dire dans toute l'étendue de pays comprise entre le lac de Côme et le lac Majeur. Depuis elle s'est propagée dans les états vénitiens et sur les côtes de la mer Adriatique. Le docteur Holland dit l'avoir observée dans la province du Frioul, située entre les Alpes carinthiennes et les côtes septentrionales du golfe de Venise. Elle a fait des progrès vraiment effrayans depuis cinquante années. Strambi, lorsqu'il écrivait en 1784, a calculé que les pellagreux formaient à peu près le vingtième de la population dans les districts les plus maltraités par la maladie : il en est maintenant certains où l'on compte un malade sur cinq ou six individus, et la proportion paraît aller encore tous les jours en croissant.

Si l'on réunit les symptômes dont l'énumération se trouve dans les ouvrages des différens auteurs qui ont écrit sur la pellagre, on peut tracer le tableau suivant de cette affection, en l'envisageant sous un point de vue général, et abstraction faite d'une multitude de particularités purement individuelles.

Les personnes qui ont de la disposition à être atteintes de la pellagre commencent ordinairement par se plaindre, pendant plusieurs semaines, ou seulement durant plusieurs jours, d'un sentiment de malaise accompagné d'abattement, de lassitude générale et de mélancolie; elles se livrent avec moins d'ardeur que de coutume, ou même avec une répugnance marquée, aux travaux de la campagne. Cerri assure positivement que la faiblesse générale ne précède pas toujours l'éruption cutanée, et que celle-ci se renouvelle quelquefois pendant plusieurs années de suite, avant que le malade se plaigne de langueur et de débilité, qui ne surviennent que quand l'affection a déjà fait de grands progrès. Quoi qu'il en soit, il importe de ne point perdre de vue ces prodromes, signalés par Zanetti, que Cerri cite comme le seul auteur qui en ait fait mention, mais qui ont été formellement indiqués depuis, tant par Ferdinand Prinetti, dans sa réponse au vice-préfet du cercle d'Intra, en date du 28 mars 1804, que par le docteur Holland.

Les malades deviennent peu à peu tristes et moroses, comme s'ils étaient atteints d'hypocondrie. Cependant des tiraillemens plus ou moins douloureux, accompagnés de tension, d'un sentiment de chaleur brûlante et d'un prurit incommode, se font sentir le plus souvent sur le dos des mains et des pieds, où l'on voit paraître une tache, de forme presque ronde, suivant Odoardi, qui occupe une étendue plus ou moins considérable. Les mêmes phénomènes s'observent aussi au cou, à la partie

upérieure de la poitrine, le long des jambes, quelquefois au bout du nez, sur les lèvres et au front, selon Strambi, ainsi que sous les bras, au milieu des cuisses et sous les jarrets, comme l'assure Soler; en un mot, sur toutes les parties exposées, sans vêtemens, à l'action du soleil, ou au contact de l'air imprégné des rayons de cet astre. La tache ne tarde pas à prendre un aspect véritablement érysipélateux : la peau change de couleur, devient d'un rouge rosé et luisant, puis acquiert une teinte légèrement livide. Souvent il se forme de larges phlyctènes contenant une sérosité roussâtre. Au bout d'un certain laps de temps, l'épiderme se détache et tombe sous la forme de petites écailles minces, blanches et furfuracées. Chez plusieurs individus, cette desquamation a lieu sans qu'il survienne ni rougeur, ni chaleur à la peau. Lorsqu'elle est terminée, les choses rentrent peu à peu dans leur ordre accoutumé : la peau reprend sa teinte naturelle; mais elle reste toutefois un peu plus délicate et plus lisse qu'à l'ordinaire, et même légèrement luisante.

L'exanthème de la pellagre présente, en effet, cela de particulier, qu'il parcourt ses périodes dans l'espace de sept à huit mois. Il débute vers l'équinoxe du printemps, au mois de mars ou d'avril, et disparaît en août ou septembre; l'année suivante il se reproduit à la même époque, et cesse également après avoir suivi la même marche. Strambi fait néanmoins observer qu'il n'est pas rare de voir la desquamation de l'épiderme ne point succéder la seconde ou la troisième fois à l'inflammation érysipélateuse, et, *vice versâ*, celle ci survenir la seconde année, tandis que la première avait été marquée par une simple desquamation.

Le pellagreux, alternativement mal dans la belle saison, et bien pendant les froids de l'hiver, passe ainsi trois, quatre, cinq années, ou même davantage. Cependant, chaque fois, la rémission, tant de la maladie locale que du désordre général qui l'accompagne, devient beaucoup moins complette; le malade continue, pendant l'hiver, d'être tourmenté par une faiblesse extrême, et par d'autres accidens qui sont les suites ordinaires de son affection. Enfin il arrive une époque où l'épiderme ne se détache plus avec autant de facilité : la peau devient plus livide, et les croûtes, plus épaisses, acquièrent une certaine ressemblance avec celles des lépreux. C'est alors que des accidens auxquels leur peu de gravité avait la plupart du temps empêché la personne d'avoir égard, se développent à un haut degré, et qu'il s'y en joint d'autres dont l'intensité augmente avec plus ou moins de promptitude.

Un des plus remarquables est l'épuisement toujours croissant des forces. Cette faiblesse extrême, qui existe dès le principe,

comme nous l'avons fait remarquer, semble tirer sa source de la partie inférieure du dos, et se concentrer sur les extrémités pelviennes plus particulièrement que partout ailleurs. Aussi, les jambes, qui finissent par perdre tout à fait la faculté de se mouvoir, deviennent-elles incapables de supporter le poids du corps, et le malade éprouve-t-il un tremblement général lorsqu'il se tient debout.

Il survient des pesanteurs d'estomac, des cardialgies fréquentes, des vomissemens, des coliques, de violentes céphalalgies. Certains malades ne se plaignent cependant ni de nausées, ni de perte d'appétit, mais seulement de flatuosités qui les tourmentent beaucoup; chez d'autres l'appétit est vorace ou dépravé. Tous éprouvent des vertiges qui les exposent à des chutes fréquentes; leur regard est sombre et mélancolique, ou fixe et effaré; ils ont la vue trouble, et voient les objets doubles, ou ne les aperçoivent qu'à demi; le pouls est petit et faible, quelquefois même il n'offre pas plus de trente battemens par minute. La bouche toute entière devient douloureuse, tendue, brûlante et phlogosée; le palais se fendille, les gencives se gonflent, deviennent fongueuses et saignantes, l'haleine acquiert une fétidité repoussante, les dents prennent une couleur noire, se déchaussent et tombent; la langue est aride, fendue et noirâtre, ou rouge et couverte d'un enduit limoneux, blanchâtre; l'intérieur de la bouche présente des pustules brunes ou noirâtres, auxquelles succèdent des ulcérations. Ces divers symptômes ne sont cependant pas toujours constans, et fort souvent on n'observe qu'une ardeur plus ou moins incommode dans la bouche, occasionant une soif difficile à étancher. Chez certaines personnes, le voile du palais se relâche, au point que la voix s'en trouve abolie, ou au moins altérée, entièrement changée et méconnaissable. Les glandes salivaires sécrètent, surtout le matin, une salive salée, assez abondante quelquefois pour constituer un véritable ptyalisme. Toutes les membranes muqueuses sont dans un état d'irritation plus ou moins exalté. Une humeur limpide et séreuse coule des yeux et du nez; le flux menstruel se supprime la plupart du temps chez les femmes. Chez quelques-unes d'entre elles, si l'on s'en rapporte au témoignage de Zanetti et de Prinetti, l'intérieur du vagin devient la source d'un écoulement blanc ou jaunâtre, dont l'âcreté fait naître des ulcères et des inflammations érysipélateuses sur les parties voisines avec lesquelles il entre en contact. Cet écoulement rend la guérison bien plus difficile encore, suivant la remarque de Prinetti. On observe assez rarement la dysenterie; mais une diarrhée rebelle à tous les moyens par lesquels on cherche à la combattre, est un des phénomènes les plus ordinaires, malgré que, chez certains individus néan-

moins, le ventre demeure habituellement resserré, et qu'il y ait même constipation opiniâtre pendant toute la durée de l'affection. Le malade éprouve des borborygmes continuels dans le bas-ventre, et, comme le fait observer Prinetti, les vents ne prennent pas leur issue par le bas, mais s'échappent le plus souvent, ou même toujours, par la bouche. Les urines sont limpides, abondantes et peu colorées ; la respiration est presque toujours gênée et difficile ; il y a quelquefois de la toux, accompagnée ou non d'expectoration.

Soler assure avoir vu les cheveux de certains malades acquérir une couleur analogue à celle qu'ils auraient prise s'ils avaient été roussis. L'épiderme de la peau du crâne se détache alors sous la forme de petites écailles furfuracées, et les cheveux eux-mêmes tombent peu à peu. On observe quelquefois aussi des altérations diverses dans les ongles qui deviennent difformes et se détachent.

A ces accidens se joignent une foule de symptômes nerveux très-variés. Un des plus saillans est le sentiment d'ardeur qui occupe toute la tête et l'épine du dos, d'où il se propage dans le restant du corps pour se fixer principalement à la plante des pieds. Ce sentiment incommode de chaleur brûlante est parfois porté au point de ravir le sommeil au malade; le contact des rayons du soleil l'exaspère jusqu'à le rendre insupportable. Il semble souvent au pellagreux qu'une sorte d'étincelle ou de flamme électrique se détache de son cerveau pour parcourir avec rapidité ses yeux, ses oreilles et ses narines. Dans certaines occurrences, il éprouve les hallucinations les plus singulières : il croit entendre sans cesse le bruit d'une meule de moulin ou d'un marteau frappant sur une enclume, le son d'une cloche, le chant d'une cigale, etc. ; il a des tintemens et des bourdonnemens d'oreilles. Ces derniers symptômes ont été signalés, pour la première fois, par Albera ; mais c'est Strambi qui a le mieux décrit les douleurs nerveuses de mille espèces différentes qui tourmentent les infortunés pellagreux. Celle qui règne le long de la colonne vertébrale, se propage, par irradiation, le long des troncs nerveux, et provoque toutes sortes de mouvemens convulsifs. Il n'est par rare d'observer le tétanos et ses formes variées, la danse de Saint-Guy, le spasme cynique, le nystagme, la carphologie, des fourmillemens, des soubresauts des tendons. On assure même qu'il se déclare fort souvent des accès véritablement épileptiques. Strambi dit avoir vu les muscles abdominaux s'agiter avec assez de force, chez une femme, pour remuer sa main qu'il avait placée à plat sur le ventre de la malade, et ceux du bras, chez un homme, exécuter des mouvemens analogues à ceux qui sont nécessaires pour lancer un corps avec une certaine force.

Cependant le malade est atteint du délire; ce délire peut être aigu ou chronique. Les accès du premier, accompagnés d'une fièvre irrégulière, avec accélération et dureté du pouls, se terminent par des sueurs qui exhalent une odeur particulière et très-désagréable, comparée par Jansen à celle du pain moisi. La seconde espèce de délire est celle qu'on rencontre le plus ordinairement : le malade tombe dans la démence, l'idiotisme, la mélancolie; la dépression du moral est portée chez lui au plus haut point : il est triste, morose, timide, et pleure sans motif, ou à la moindre question qu'on lui adresse. En visitant l'hôpital des insensés de Milan, le docteur Holland apprit que, sur cinq cents fous des deux sexes détenus dans cet établissement, il y en avait plus des deux tiers dont la démence dépendait de la pellagre. L'émaciation arrive à un degré dont on n'a d'exemple dans aucune autre maladie : le malade maigrit, en effet, de manière à paraître comme brûlé, et semblable à une véritable momie, mourant alors dans l'état de la plus horrible consomption. Quelquefois cependant l'obésité et la corpulence persévèrent jusqu'à la mort : le pellagreux a la peau faiblement ridée, et conserve une apparence de santé dans toute sa personne. Chez certains on voit survenir l'hydropisie ascite, ou plus fréquemment encore l'anasarque. Mais fort souvent le malade avance lui-même le terme de sa déplorable existence; car la disposition au suicide est presque générale chez les individus atteints de la pellagre, qui, pour la plupart aussi, choisissent de préférence la mort par immersion. C'est même cette dernière circonstance qui a déterminé Strambi à donner le nom d'*hydromanie* à l'espèce particulière de délire frénétique qui les porte à se détruire. Leurs idées maniaques ne prennent néanmoins pas toujours cette direction, car Soler rapporte l'exemple d'une femme qui se jeta par la fenêtre, et le même écrivain parle d'une autre personne qui se précipita dans les flammes.

Telle est la marche la plus ordinaire de la pellagre; mais les symptômes qui la caractérisent ne suivent pas à beaucoup près toujours une progression assez régulière pour mettre à même d'établir, d'après leur considération, un jugement, même vraisemblable, sur l'état d'un pellagreux qu'on aurait à observer. Cette marche n'est pas tellement constante, qu'elle ne subisse souvent des modifications remarquables par rapport tant à l'accélération qu'au retard des différentes périodes. Il n'est même pas rare de voir le mal sauter de l'une à l'autre de ces dernières, sans passer par les intermédiaires. Ordinairement même la pellagre dure assez longtemps, et présente quelques intermissions dans le cours de sa durée. Quelquefois on n'observe que l'éruption cutanée, laquelle se renouvelle cha-

que printemps pour disparaître à l'automne. Dans certains cas, si le malade change de manière de vivre, l'affection se trouve arrêtée et suspendue dans ses progrès. C'est pourquoi nous avons cru devoir nous borner à tracer un tableau général de cette dernière, sans nous arrêter à partager les accidens qu'elle détermine en plusieurs temps distincts, comme plusieurs écrivains l'ont fait. Ainsi Frapolli l'a divisée en pellagre commençante, confirmée et désespérée; Gherardini et Strambi, en pellagre légère, grave et désespérée; Soler, en sèche et humide, suivant qu'elle se termine par la consomption ou par une hydropisie; Titius, en larvée et manifeste, selon qu'elle est ou non accompagnée de l'exanthème. Cette dernière distinction mérite qu'on la signale : car, bien qu'elle soit indiquée d'une manière très-vague par l'écrivain allemand, elle annonce que ce médecin n'était pas éloigné de considérer l'affection cutanée comme un simple symptôme. C'était là déjà, il est vrai, l'idée de Zanetti, qui ne voyait non plus dans l'exanthème qu'une sorte d'*écume critique*, dont la répercussion ou la rétention dans l'intérieur du corps suscite tous les accidens cruels auxquels la maladie donne lieu lorsqu'elle a fait des progrès. De son côté, Cerri assure aussi avoir vu plusieurs pellagreux, atteints de coliques au printemps, n'éprouver que ce seul symptôme, et rester exempts de toute éruption extérieure.

La pellagre, malgré tout ce qu'a pu dire Strambi, n'attaque que les campagnards, les individus qui travaillent à la culture des terres, et même les plus misérables d'entre eux. Il est extrêmement rare de la rencontrer chez les habitans des villes de la Lombardie. Les femmes y sont plus sujettes que les hommes. Tous les auteurs s'accordent sur ce point, et Albera assure même que, sur cent pellagreux, on ne compte pas plus de douze hommes contre quatre-vingt-huit femmes; ce qui établirait une proportion de sept ou huit contre un. Michel Concini, qui a observé la maladie dans la principauté de Trente, prétend que les femmes y sont, en cette contrée, moins exposées que les hommes, surtout lorsqu'elles ont passé l'âge de trente ans. Ce fait est en opposition trop directe avec ce qu'ont vu Fanzago, Soler, Aldalli, Melchior Gioja et autres, pour qu'on puisse l'expliquer d'une autre manière qu'en admettant que les femmes du pays de Trente mènent une vie plus sédentaire et moins laborieuse que les hommes; ce qui les expose moins que ceux-ci aux intempéries de l'air. Au reste, Gherardini atteste que les individus mélancoliques, bilieux, sanguins et d'une constitution sèche, sont ceux chez lesquels la pellagre s'établit avec une sorte de prédilection.

Odeardi n'a jamais observé cette affection, ou ce qu'il ap-

pelle le *scorbut des Alpes*, avant l'âge de six ou huit ans, ni après celui de soixante. Soler assure de son côté qu'on a rarement occasion de la voir chez des sujets âgés de moins de quatorze ans Mais il paraît que, maintenant, elle épargne beaucoup moins encore les malheureux paysans italiens. Joseph Belloti, médecin de Plaisance, et Gaspard Ghirlanda, nous apprennent en effet qu'aucun âge n'est à l'abri de ses atteintes, qu'elle ne respecte pas plus les enfans à la mamelle que les octogénaires, et que, malgré les précautions les mieux combinées, malgré toutes les tentatives faites pour en arrêter les progrès, elle continue chaque jour d'envahir, de désoler et de dépeupler de nouvelles contrées. Le docteur Sacco, de Milan, qui a tant contribué à répandre la vaccine en Italie, et que sa qualité de directeur du comité de vaccine force de parcourir fréquemment les campagnes, s'est assuré qu'actuellement, elle attaque les enfans dès les premiers temps même de leur existence. Les symptômes ne diffèrent pas, chez ces petits êtres, de ce qu'ils sont chez les personnes avancées en âge. L'affection cutanée des mains, des bras et des pieds, est le phénomène qu'on aperçoit le premier chez eux ; elle se renouvelle, en augmentant d'intensité d'année en année, escortée de nombreux symptômes, qui annoncent une atteinte profonde portée à la constitution, et qui se terminent la plupart du temps par la mort.

La question de savoir si la pellagre est contagieuse ou non a de tout temps occupé beaucoup les médecins de l'Italie, et elle méritait effectivement, par sa haute importance, de fixer leur attention d'une manière particulière. Frapolli, le premier écrivain sur cette maladie, assure positivement qu'elle n'est ni épidémique ni endémique, mais seulement sporadique, et nullement contagieuse. Cerri conclut de là, et avec pleine raison, qu'à l'époque où ce praticien publia son Mémoire, elle était bien moins répandue qu'elle ne l'est aujourd'hui. Zanetti affirme de même qu'elle ne se communique point par le contact. Odoardi, Gherardini, Albera, Strambi, Jansen l'excluent également du nombre des maladies contagieuses, parmi lesquelles Titius est, à notre connaissance au moins, le seul qui l'ait rangée : encore le fait-il par pure conjecture, et pour complaire à son hypothèse favorite, celle que la pellagre ressemble beaucoup à la lèpre, et qu'elle est communiquée aux hommes par les animaux avec lesquels ils vivent pêlemêle dans les étables. La question est donc décidée aujourd'hui par la négative, et d'après l'autorité des médecins les plus recommandables. A l'exception de quelques faits peu nombreux, qui sortent de la règle ordinaire, et d'où l'on ne peut rien conclure contre elle, on est convaincu que la pella-

gre se rencontre uniquement dans les dernières classes du peuple, parmi les paysans qui se livrent aux travaux du labourage; que de plusieurs individus réunis sous le même toit, les uns en sont atteints, tandis que les autres en demeurent exempts, malgré qu'ils partagent leur lit ensemble; enfin, qu'il n'est pas rare de voir l'un des deux époux frappé de la pellagre sans qu'il la communique à l'autre, malgré l'intimité qui règne entre eux.

On ne peut disconvenir qu'il n'y ait un certain rapport entre la pellagre et l'éléphantiasis, du moins lorsque cette dernière ne fait encore que débuter. Paul della Bona a essayé de rapprocher ces deux affections; mais, malgré tous ses efforts, malgré le parallèle fort ingénieux qu'il a établi entre elles, il y a loin d'une légère similitude à une identité absolue, et il n'a pas fallu de grands efforts à Strambi et à Fanzago pour renverser de fond en comble une théorie dont l'imagination seule avait fait tous les frais. Le principal argument des adversaires de Paul della Bona est tiré du délire singulier, de la mélancolie profonde et de l'idiotisme qui caractérisent la pellagre, tandis que les éléphantiaques conservent en général l'usage plein et entier de leurs facultés intellectuelles, et surtout une hilarité qui contraste de la manière la plus surprenante avec l'épouvantable plaie dont ils sont frappés. On ne saurait guère douter d'ailleurs, comme nous chercherons à le prouver plus bas, que la source de la pellagre ne soit une atteinte profonde portée à la vitalité du système digestif : au lieu que rien n'aunonce une cause semblable dans l'éléphantiasis, qui semble dépendre exclusivement d'uue perversion locale des propriétés vitales dans la partie sur laquelle elle se fixe, et qui n'influe sur l'organisme entier que quand elle a fait assez de progrès pour euchaîner en quelque sorte tous les rouages de la vie.

D'autres médecins, entre autres Strambi, Fanzago, Cerri et Facheris, ont assimilé la pellagre au *mal de la rose*, qui règne dans les Asturies, tant celles de Santillane que celles d'Oviédo surtout. Si l'on compare la description que Thierry nous a laissée de cette dernière maladie, avec celles, très-nombreuses, que nous possédons de la pellagre, on ne pent s'empêcher de dire, comme Strambi, que les différences légères qui existent entre ces deux affections, ne paraissent nullement indiquer qu'elles soient de nature diverse. En effet, le *mal de la rose* se déclare tous les ans à l'époque de l'équinoxe du printemps, et disparaît vers la fin de la belle saison : il occupe le dos des mains et des pieds, le cou et la partie antérieure du corps; il fait naître des croûtes sur ces parties; après la chute des croûtes, la peau reste lisse ou luisante; quelquefois l'affection ne se mani-

feste que d'un seul côté du corps, l'autre demeurant parfaitement sain; il y a ardeur dans la bouche, altération des lèvres, suppression des règles chez les femmes, vertiges, tremblement de la partie supérieure du corps, morosité extrême, disposition à pleurer sans motif, ou pour le sujet le plus futile, enfin tendance au suicide. Or, il n'est aucun de ces symptômes qui ne nous soit offert par la pellagre. On a objecté la différence que présente l'exanthème, qui, dans le *mal de la rose*, constitue des croûtes horribles, après la chute desquelles restent des cicatrices indélébiles. A la vérité, ces croûtes et cicatrices affreuses, dont Thierry parle avec un peu d'exagération peut-être, ne s'observent pas dans la pellagre, ou au moins ne s'y rencontrent que fort rarement, et alors même toujours beaucoup moins prononcées; cependant, on voit quelquefois les parties affectées de l'exanthème, chez les pellagreux, se couvrir de pustules remplies d'une humeur qui, en s'évaporant, donne lieu à des croûtes plus ou moins épaisses. Cerri, dont le témoignage ne saurait être récusé ici, nous l'apprend dans une Lettre adressée par lui au célèbre Jean-Pierre Frank. Si l'on voulait absolument que la formation de croûtes et la simple desquamation de l'épiderme constituassent une différence entre les deux affections, qui sont d'ailleurs identiques sous les autres rapports, cette différence ne pourrait établir qu'une simple variété, et non une espèce distincte. L'opinion soutenue par Jansen et Gherardini, et adoptée dans ces derniers temps par M. Alibert, paraît donc dénuée de tout fondement. Outre l'évidence incontestable des faits, elle a contre elle le sentiment unanime des praticiens de l'Italie, car Gherardini, le seul qui se soit élevé contre l'identité des deux maladies, entre en contradiction avec lui-même, puisque, peu de pages après avoir fait d'inutiles efforts pour combattre cette vérité palpable, il avoue que la pellagre et la lèpre des Asturies, qui n'est autre chose que le *mal de la rose*, pourraient bien n'être, dans le principe, qu'un érysipèle simple. Cette phrase, bien remarquable déjà, le serait encore davantage si le hasard ne semblait pas seul l'avoir présentée à la plume de l'auteur. Quoi qu'il en soit, on ne peut douter que la pellagre n'existe, sous une forme très-peu différente, en Espagne aussi, et si les médecins de l'Italie n'avaient pas toujours perdu de vue cette circonstance si importante, peut-être auraient-ils évité de perdre un temps précieux en discussions dénuées d'intérêt sur l'étiologie de la maladie.

Quelques écrivains ont voulu comparer la pellagre au scorbut. Strambi est de ce nombre. Une pareille idée ne méritait pas la réfutation sérieuse qu'en ont donnée Fanzago et Soler. On peut la mettre sur le même rang que celle d'Allioni, qui

ne voyait dans la pellagre qu'une des nombreuses formes sous lesquelles il prétendait que la fièvre miliaire peut se présenter, suivant la nature du climat et celle du régime. Le seul rapport qu'il y ait entre la pellagre et le scorbut consiste dans la débilité excessive de ceux qui en sont atteints : les deux affections diffèrent d'ailleurs sous tous les autres rapports, ainsi qu'on peut s'en convaincre en comparant le tableau des symptômes qui caractérisent chacune d'elles.

L'opinion émise par Videmarius et, avant lui, par Jansen et Penada, paraît bien plus extraordinaire encore au premier abord. Cet écrivain rapporte la pellagre à l'hypocondrie; mais, malgré tout ce que Strambi a pu lui objecter, on ne saurait disconvenir qu'il n'ait donné un certain degré de vraisemblance à son hypothèse. Il assure, en effet, que la maladie a été observée, à Vienne, par son fils; à Albe, par Gandini; à Soncino, par Berlucchio, et, à Milan, par lui-même, chez de riches citadins, qui se l'étaient attirée en menant une vie trop oisive, ou s'abandonnant trop à la bonne chère. Quant à l'affection cutanée, qu'il ne regarde que comme un simple accident, elle dépend, suivant lui, de la diversité des climats, de la différence du genre de vie et d'autres circonstances analogues. Rien de plus singulier, à la vérité, que les raisonnemens sans fin qu'il accumule touchant l'hypochondrie *avec* ou *sans matière;* mais, à part ces théories humorales, qui ont empêché jusqu'aujourd'hui les médecins italiens de se former une idée nette de la pellagre, l'opinion de Videmarius mérite qu'on la prenne en considération. Il n'y a peut-être pas autant de différence qu'on serait tenté de le croire entre la pellagre et l'hypochondrie. Toutes deux, au moins, dérivent d'une même cause prochaine, quoique déterminées par des causes occasionelles directement opposées. Cerri fait, à cet égard, quelques réflexions qui ne nous paraissent pas dénuées de justesse, et dont nous croyons en conséquence devoir rapporter ici le précis. Si, dit-il, un individu, né de parens pellagreux, se trouve placé au milieu des circonstances qui contribuent à produire la pellagre, comme la nature particulière du sol, l'action du soleil d'été, le travail excessif, et que sa fortune lui permette de faire usage d'un régime fort nourrissant, il évite la pellagre, et devient la plupart du temps hypocondriaque, *et vice versâ*, de sorte qu'il n'est pas rare que l'hypocondriaque finisse par être atteint de la pellagre, et qu'avec le temps le pellagreux tombe dans l'hypocondrie. Fort souvent, en effet, ajoute le même écrivain, la pellagre n'est que symptomatique; ce qui a lieu surtout lorsqu'elle s'observe chez les habitans des villes; et si les hypocondriaques vivent de longues années, on voit assez ordinairement des pellagreux prolonger longtemps leur

existence, malgré qu'ils aient, depuis leur jeunesse, ressenti de temps en temps des attaques de leur mal.

Lorsque la pellagre commença à se multiplier d'une manière effrayante sur le sol de la Lombardie, les médecins durent naturellement penser, d'après son extension même, que la cause dont elle dépend est très-répandue parmi les paysans, et qu'elle s'est développée chez eux depuis un petit nombre d'années seulement; aussi ont-ils accusé successivement l'action du soleil, l'influence des alimens, et enfin une acrimonie particulière, constituant un virus *sui generis*. Frapolli et Albera regardaient l'insolation comme l'unique cause de la pellagre: ils auraient eu raison si l'exanthème seul formait l'essence de la maladie; mais Strambi a parfaitement démontré le contraire. Il a fait voir qu'on peut éviter l'éruption cutanée en demeurant à l'ombre, mais qu'on n'est néanmoins pas pour cela exempt de l'affection pellagreuse, et qu'il y a par conséquent une pellagre sans la moindre altération de la peau, de sorte qu'il ne faut pas juger de l'intensité de la maladie par l'étendue de l'exanthème. Le docteur Bellotti ne partage pas, il est vrai, cette manière de voir: il prétend que la maladie cesse entièrement lorsque les taches cutanées et les accidens nerveux disparaissent vers le milieu ou la fin de l'automne, et que si ce calme n'est point de durée, mais ne peut être véritablement considéré que comme une trève insidieuse, il n'en est pas moins constant que le pellagreux jouit de la santé jusqu'au printemps, et que la réapparition des taches cutanées à cette époque dépend d'un nouvel accès tout à fait distinct et indépendant du premier. Il y a du vrai dans toutes ces assertions, et l'on ne peut guère douter que la maladie dont la pellagre dépend, n'éprouve réellement une intermission bien prononcée; mais elles ne détruisent ni n'affaiblissent même celle de Strambi, et il n'en demeure pas moins avéré que l'affection cutanée n'est point un symptôme nécessaire de la pellagre, ou que si l'on ne veut donner ce dernier nom qu'à l'exanthème, alors il ne désignera qu'un pur accident et non une maladie essentielle. C'était là le point qu'il importait le plus aux médecins italiens d'éclaircir, puisque c'est celui dont la discussion doit répandre le plus de lumière sur la nature du mal, et, par suite, sur le traitement à l'aide duquel il convient de le combattre; mais c'est précisément aussi celui qu'ils ont le plus négligé. Entraînés tous par les prestiges de l'humorisme, ils n'ont vu dans la pellagre que la crise d'une maladie produite par une acrimonie particulière de la lymphe, dépendante de la nature des alimens ou de l'altération de l'humeur de la transpiration, tandis qu'elle paraît n'être en réalité que le résultat d'une inflammation sympathique entretenue par l'état des premières voies.

Plusieurs praticiens, tels que Titius et Gherardini, ont soupçonné cette origine; Strambi n'hésite même pas à placer le foyer de la pellagre dans les viscères du bas-ventre; mais, dominés par les théories régnantes, ils n'ont su tirer aucun parti d'une idée qui pouvait les conduire à des résultats féconds et satisfaisans.

Les causes qu'on assigne généralement aujourd'hui à la maladie, donnent encore un plus grand degré de probabilité à l'opinion que nous venons d'émettre. La majeure partie des écrivains sur la pellagre l'attribuent au genre de vie de la classe ouvrière. Quoique la Lombardie soit une des contrées les plus fertiles de l'Europe, l'habitant des campagnes se nourrit presque exclusivement de végétaux, de pain de seigle mal cuit et aigre, de riz, de blé de Turquie préparé de plusieurs manières, de millet, de blé sarrasin, de diverses pâtes compactes, et d'autres alimens semblables d'une digestion difficile. Il mange rarement de la viande, et, quoique le sol qu'il foule aux pieds produise de la vigne, sa pauvreté lui interdit le vin; il n'a, pour étancher sa soif, que des eaux presque toujours impures et bourbeuses, ou, tout au plus, une espèce de piquette préparée avec le marc de raisin macéré dans de l'eau. Dévoré par la misère, il ne peut se couvrir que de haillons, et souvent il partage sa demeure avec des animaux immondes, dont la malpropreté n'a rien qui lui répugne, puisque la sienne est encore plus grande peut-être. Tant de privations de toute espèce, qui rappellent le sort affreux des paysans de la Pologne, ne peuvent manquer d'ébranler leur constitution jusque dans ses fondemens.

On doit peu s'étonner, d'après cela, si les écrivains citent une multitude de faits constatant que la pellagre est héréditaire dans les familles. Strambi a remarqué le premier que les enfans des pauvres apportent en venant au monde une disposition particulière à en être atteints. Cette observation n'avait pas entièrement échappé à Odoardi et à Gherardini; elle a été confirmée depuis par Albera, Jansen et Allioni, et adoptée par Rasori, ainsi que par Gioja. Ce dernier prétend même que la pellagre mérite le nom de maladie primitive; puisqu'elle se propage par la voie de la génération. Cerri a combattu cette doctrine dans sa Lettre à Brambilla: il assure que, quoiqu'il ait remarqué qu'un enfant né de parens pellagreux a plus de disposition que tout autre à contracter la maladie, ce n'est cependant pas une raison pour admettre qu'il en doive nécessairement être atteint. Ici, comme dans tant d'autres occasions, les idées théoriques sont les seules sources de la dissidence des opinions. On ne peut pas douter que les enfans des pellagreux ne soient disposés d'une manière spéciale à la maladie, par la

faiblesse même de leur constitution, et que la maladie ne se déclare de fort bonne heure chez eux, parce qu'ils éprouvent l'influence du genre de vie et de travail qui l'a fait naître chez leurs parens. C'est à peu près là ce que pensait Albera, et sans doute il ne s'éloignait pas beaucoup de la vérité. Soumises à un régime qui répare à peine leurs propres pertes, les mères n'ont pas assez de lait pour nourrir leurs enfans; elles suppléent à cette nourriture indispensable du premier âge par des bouillies faites avec la farine de maïs et l'eau: or cet usage, contraire aux lois de la nature, doit avoir là les mêmes inconvéniens que chez nous, où il devient la source d'affections des viscères du bas-ventre, qui enlèvent tant de nouveau-nés.

Le docteur Guerreschi veut que la pellagre dépende de l'abus du sel marin; mais le docteur Marzari fait fort bien observer que son opinion ne repose sur aucun fondement, puisqu'il existe en Italie des congrégations religieuses qui font un grand usage du sel, sans qu'on rencontre néanmoins de pellagreux parmi les individus qui les composent. Ce dernier écrivain accuse au contraire l'usage du blé de Turquie, qui forme presque le seul aliment des habitans de la campagne. Aglietti et Ruggeri ont écrit avec force contre cette proposition, que Bellotti a également combattue. La principale objection qu'on ait élevée contre elle, c'est que la maladie ne règne pas dans certaines contrées où le peuple ne vit guère que de maïs. Ainsi le docteur Holland n'en a pu découvrir la moindre trace dans le nord de la Grèce, où cette céréale fait cependant la base de la nourriture des campagnards.

D'autres ont accusé la malpropreté excessive des paysans, et Aglietti a fait aussi entrer en jeu leur misère et jusqu'à leur égoïsme.

Quoi qu'il en soit de ces opinions, dont plusieurs ont donné lieu à de véritables disputes, à des discussions presque scandaleuses, nous perdrions trop de temps à les rapporter en détail: toutes sont trop exclusives, et par conséquent inadmissibles. Cependant, par une bizarrerie difficile à expliquer, c'est surtout ce défaut que le docteur Marzari soutient avec chaleur dans la sienne: il tient à honneur d'avoir le premier déterminé, ou plutôt cru déterminer l'aliment unique dont l'usage donne naissance à la pellagre, tandis que tous ses prédécesseurs, plus raisonnables que lui en cela, n'avaient admis l'influence du régime qu'en concurrence avec d'autres causes simultanées.

Nous ne pouvons abandonner l'étiologie de la pellagre sans dire au moins quelque chose de l'insolation à laquelle on l'a attribuée. L'apparition de l'exanthème à l'époque du printemps, sa disparition en automne, et sa manifestation sur les

parties du corps exposées à l'action de l'air, ont engagé divers médecins à penser qu'il pourrait bien dépendre de l'impression des rayons du soleil sur les tégumens. Tel a été particulièrement l'opinion de Frapolli et d'Albera. Nous en avons dit assez déjà pour faire apprécier cette hypothèse à sa juste valeur; cependant, nous devons ajouter ici que l'insolation ne paraît effectivement pas être tout à fait inactive. Sans doute elle ne donne pas naissance aux premiers germes de la maladie, mais on ne peut douter qu'elle ne contribue à faire naître l'exanthème, dont on se garantit lorsqu'on se tient à l'ombre, ou qu'on a soin de se bien couvrir.

Quant à l'hypothèse du virus *sui generis*, imaginée par Strambi, nous croyons inutile de nous y arrêter, non plus qu'aux spéculations plus que singulières du docteur Bellotti sur le germe pellagreux, qu'il suppose demeurer inerte durant l'hiver, reprendre une nouvelle vie lorsque le printemps ramène la chaleur, et se jeter alors de préférence sur les individus qui, ayant été attaqués déjà par lui, conservent une prédisposition particulière pour les accidens qu'il détermine. Le temps n'est plus où l'on a besoin de combattre sérieusement des causes morbifiques ainsi personnifiées pour la commodité des théories et des romans nosologiques.

Ce qu'il paraît permis d'établir, d'après la considération des faits les mieux avérés, c'est que la pellagre, ou, pour mieux dire, l'état morbide interne qui détermine l'ensemble des accidens variés compris sous ce nom collectif, dépend d'une réunion de circonstances propres à altérer d'une manière quelconque le système des premières voies; que parmi ces causes on doit ranger non-seulement les alimens de mauvaise qualité, les eaux insalubres et la malpropreté, mais encore la profonde misère, le chagrin, la crainte, et toutes les autres affections tristes du moral, causées par les invasions réitérées, les taxes exorbitantes, les changemens de gouvernement et la mauvaise administration, fléaux dépopulateurs, qui désolent depuis trente ans les parties septentrionales de l'Italie; que l'action du soleil ou de l'air atmosphérique se borne, du moins la plupart du temps, comme l'a dit le docteur Facheris, à provoquer la manifestation de l'exanthème; que ce dernier n'est en conséquence qu'un phénomène accessoire et accidentel; enfin, qu'il paraît devoir être considéré comme l'effet de la sympathie qui existe entre la peau et tous les organes tapissés par des membranes muqueuses, soit les voies digestives, soit les voies génito-urinaires.

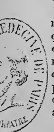
Les ouvertures des cadavres pourront seules en apprendre davantage, et dissiper tous les doutes sur le véritable caractère de la maladie; mais il faudra qu'on y apporte plus de

soin qu'à celles dont Strambi, Ghirlanda et Pasquali nous ont transmis les détails. On ne s'est guère attaché qu'à considérer l'état du cerveau, et jusqu'à présent personne n'a songé à porter ses regards sur l'appareil digestif et sur ses dépendances; ou bien si l'on a trouvé dans quelques corps des indurations du foie ou de la rate, des phlogoses du canal intestinal, ou des engorgemens des glandes du mésentère, on les a considérés plutôt comme les effets que comme les causes de la maladie. Il n'y a donc rien à conclure des observations nécroscopiques que nous possédons en ce moment : c'est un travail qui doit être refait en entier, et dans un tout autre esprit que celui qui a présidé aux premières recherches.

Comme les idées ne sont point encore fixées sur la pellagre, et qu'on a imaginé plusieurs théories directement opposées les unes aux autres pour s'en rendre raison, il est facile de prévoir que le plus grand désordre règne dans tout ce qui a rapport à la thérapeutique de cette affection, et que le traitement n'en est pas établi sur des bases fixes. Les uns, tels que Zanetti, préconisent les débilitans, la méthode antiphlogistique, le petit-lait avec les tamarins ou le nitrate de potasse, les émulsions, les saignées générales ou locales; ils vantent même l'application des sangsues à l'anus comme un remède d'une efficacité admirable. Les autres, et parmi ceux-là on compte surtout Albera, soutiennent que les émissions sanguines sont toujours nuisibles, et que, quand elles procurent du soulagement, le succès doit être considéré comme un pur effet du hasard. Certains, et Strambi est du nombre, vont même jusqu'à prétendre que tous les moyens auxquels on peut avoir recours, n'ont d'autre effet que de modérer la violence des accidens, mais qu'il n'en est aucun capable de procurer une guérison radicale. Il en est qui prescrivent les toniques, les analeptiques, le bon vin, le quinquina, les viandes. Soler conseille de donner les bouillons de vipère, auxquels Schlegel a proposé de substituer, dans les hôpitaux, ceux de grenouille ou même de lezards. Facheris pense que la gélatine de Seguin pourrait être fort utile. Enfin, dans l'hôpital de Milan, c'est sur la décoction de lichen d'Islande qu'on fonde le plus d'espoir; c'est elle qu'on administre à la fois comme médicament et comme aliment. D'autres praticiens condamnent la viande, et ne permettent à leurs malades que des substances tirées du règne végétal, des herbes potagères, des salades de toute espèce : ainsi Gautieri ne veut pas que l'on donne autre chose que le suc de pourpier, à la dose de trois ou quatre onces intérieurement, et employé dans le même temps à l'extérieur sous la forme de frictions. On a également ordonné les diaphorétiques, comme les antimo-

niaux, la bardane, la salsepareille, ou les prétendus dépuratifs, tels que les mercuriaux, etc. En général, le traitement dont on lit la description dans les auteurs, n'est basé que sur les symptômes. Y a-t-il faiblesse extrême? recourez aux astringens, aux analeptiques, aux confortans; dans la suppression des règles, administrez la myrrhe, l'écorce d'orange, le marrube, la limaille de fer; si la céphalalgie est très-violente, faites prendre la valériane; si la diarrhée se montre rebelle, épuisez toutes les ressources de la pharmacie; prescrivez la millefeuille, la quintefeuille, la décoction blanche, la cascarille, le simarouba, le sang-dragon, la tormentille, les martiaux, la racine de columbo, etc.; s'il se manifeste des signes de scorbut, soumettez le malade à l'usage des antiscorbutiques.

Quant à l'affection locale, on peut la combattre par les lotions avec l'eau-de-vie, le suc de grande joubarbe; par l'onguent préparé avec l'ail et le miel; par les bains ordinaires, ou les bains locaux dans le petit-lait, que Gherardini vante beaucoup; enfin par les cataplasmes émolliens, que Fanzago assure être très-efficaces, ou même par l'application du feu, que propose Albera.



Au milieu de tout ce chaos, qui n'est propre qu'à augmenter encore le désordre et la confusion, puisqu'on n'aperçoit aucune indication rationnelle à remplir, aucun plan suivi de traitement, on distingue néanmoins quelques faits qui méritent d'être notés : ce sont l'utilité des bains généraux, connue des paysans eux-mêmes; l'efficacité de l'eau, éprouvée par Albera; les bons effets que les fruits légèrement acidulés ont produits chez les malades traités par Odoardi, et les suites avantageuses de l'application des sangsues à l'anus.

En effet, Albera nous assure que l'eau de source lui a suffi seule pour remplir toutes les indications et calmer les symptômes les plus graves : il la faisait prendre à jeun, depuis le mois de juin jusqu'à la moitié du mois d'août; il commençait d'abord par douze onces, et augmentait graduellement cette quantité jusqu'à ce que la dose se trouvât portée à cent trente onces : alors il la diminuait par degrés. Si nous l'en croyons, il ne perdit pas plus d'un malade sur cent par cette méthode.

Odoardi n'a pas été moins heureux avec les limons, les oranges et les raisins; un mois lui suffisait pour guérir, par ce régime, les malades qui se confiaient à ses soins, et les succès qu'il obtint lui firent naître l'idée de substituer aux substances végétales acidules l'eau de Rabel, dont il conseilla au docteur Galli d'essayer les vertus.

Gherardini blâme à la vérité l'emploi des citrons; mais il vante pardessus tout l'utilité des bains; il va même jusqu'à

prétendre, ce qui est faux, que la pellagre n'existe pas dans le Bas-Milanais, et que la raison pour laquelle on ne l'y rencontre point, c'est parce que les habitans de cette contrée, livrés à la culture du riz, sont obligés de travailler continuellement dans l'eau. Enfin, c'est lui qui atteste les bons effets des sangsues à l'anus, aux tempes et aux narines.

On n'a pas de peine à voir quelles sont les conclusions qui découlent naturellement de ces quatre ordres d'observations, et combien tous quatre sont favorables à l'idée nouvelle que nous avons essayé de donner de la pellagre.

Sans doute tous les pellagreux ne guériraient pas sous l'influence d'un traitement plutôt hygiénique que pharmaceutique, établi sur les bases qui viennent d'être posées, et modifié suivant l'exigeance des cas; car une foule de causes se réunissent pour provoquer la pellagre, et il n'est pas au pouvoir du médecin de les détruire toutes. Tout ce qu'il peut faire, c'est de persévérer dans son plan de conduite, en se persuadant bien de cette vérité, déjà proclamée par Odoardi, et trop oubliée aujourd'hui en Italie, qu'une maladie qui a porté d'aussi profondes atteintes à la constitution demande beaucoup de temps pour guérir, pour s'adoucir même, sous l'action des moyens qu'on lui oppose : on ne doit pas dire qu'elle est incurable, parce que trop souvent l'infortuné laboureur dont elle empoisonne les jours ne trouve pas dans sa misérable condition des ressources suffisantes pour subvenir aux frais que lui occasione un changement total dans sa manière de vivre, ses mœurs et ses habitudes.

Quelle idée donc se former du caractère d'un médecin qui ne trouve d'autre moyen pour délivrer la Lombardie du fléau de la pellagre, que d'expulser les malheureux qui en sont atteints, et de les transplanter dans des solitudes éloignées, ou de celui qui, ne jugeant pas leur situation assez déplorable encore, veut les priver du seul bien qui les console quelquefois de la perte de tous les autres, et leur interdire les douceurs du mariage? La première proposition a été faite par Gherardini, et la seconde par Strambi : gardons-nous de les qualifier, nous chercherions en vain peut-être des épithètes assez sévères; et considérons-les moins comme des erreurs du jugement, que comme des écarts d'une imagination habituée seulement aux théories spéculatives.

C'est aux gouvernemens qu'il appartient de prendre des mesures efficaces pour arrêter les progrès de la pellagre, eux seuls en ont le pouvoir et les moyens. Ces mesures se borneraient à adoucir le sort des malheureux cultivateurs, à diminuer les charges qui pèsent sur eux, et à ranimer dans leur cœur des sentimens de joie, d'espérance et de bonheur, sans

lesquels l'homme ne saurait jouir de la plénitude de l'existence. Jusque là, la pellagre, comme les pestes, comme les typhus, comme tous les autres fléaux que des causes générales rendent universels, et dont elle n'est probablement qu'une variété déguisée sous une forme chronique, fera sans cesse des progrès. Si l'on ne parvient à l'arrêter, bientôt elle aura converti les campagnes du Milanais en d'affreux déserts; déjà les hôpitaux ne suffisent plus pour recevoir tous les malheureux qui en sont atteints, et la plupart périssent, privés de tout secours, dans leurs cabanes infectes, où tout respire la plus profonde misère et la plus dégoûtante malpropreté!

FRAPOLLI (François), *Animadversiones in morbum vulgò pellagram*; in-8°. *Mediolani*, 1771.

ODOARDI (Jacques), *D'una specie particolare di scorbute, dissertatione recitata nell' Accademia di Belluno li 18 luglio* 1776 (dans le *Nuova Raccolta di opuscoli scelti sulle scienze e sulle arti*, t. III, p. 217; in-8°. *Milano*, 1780.

ZANETTI (François), *Dissertatio de morbo vulgò pellagra* (dans les *Nov. Act. Acad. Natur. Curios.*, t. VI, p. 118. *Norimbergæ*, 1778).

GHERARDINI (Michel), *Descrizione della pellagra*; in-4°. *Milano*, 1780.

ALBERA (Jean-Marie), *Trattato teorico-prattico delle malattie dell' insolato di primavera, volgarmente dette della pellagra*; in-4°. *Varese*, 1781.

STRAMBI (Cajetan), *De pellagra observationes in regio pellagrosorum nosocomio factæ a calendis anni* 1784, *usque ad finem anni* 1785; in-4°. *Mediolani* Tome I, 1785; t. II, 1787; t. III, 1789. — En allemand, par Charles Weigel; in-8°. Leipzick, 1796.

JANSEN (François-Xavier), *De pellagra, morbo in Mediolanensi Ducatu endemio*; in-8°. *Lugduni*, 1788.

FANZAGO (François), *Memoria sopra la pellagra del territorio padovano*; in-4°. *Padova*, 1789.

— *Paralleli fra la pellagra ed alcune malattie che piu le rassomigliano*; in-12. *Padova*, 1792.

VIDEMAR (Jean), *De quâdam impetiginis specie vulgò pellagra, nuncupata disquisitio*; in-4°. *Mediolani*, 1790.

SOLER (Louis), *Osservazioni medico-pratiche, che formano la storia esatta d'una particolar malattia*; in-8° *Venezia*, 1791.

BONA (Paul della), *Discorso comparativo sopra la pellagra, l'elefantiasi de' Greci, la lepra degli Arabi, e lo scorbuto*; in-4°. *Venezia*, 1791.

TITIUS (Salomon-Constant), *Oratio de pellagræ, morbi inter Insubriæ Austriacæ agricolas grassantæ, pathologia*; in-4°. *Viteberg.*, 1792.

CERRI (Joseph), *Lettera sulla pellagra all'ornato J. P. Frank* (dans le *Nuovo Giornale della piu recente letteratura, marzo ed ottobre. Milano*, 1792).

— *Lettera sulla pellagra al cittadino Giuseppe Brambilla* (dans les *Efemeridi fisico-mediche. Milano*, 1804).

— *Lettera seconda al D. Rezia in riposta ad alcuni quesiti propositi della delegazione medica del Dipartimento dell' Agnano intorno alla pellagra* (dans les *Efemeridi fisico-mediche. Milano*, 1805).

— *Trattato della pellagra*; in-8°. *Milano*, 1807.

CARENO (Aloys), *Tentamen de morbo pellagra Vindobonæ observato*; in-8°. *Vindobonæ*, 1794.

FRANK (LOUIS), *Bemerkungen ueber die staerkende Kraft warmer Baeder im Pellagra* (dans la *Salzb. med. chir. Zeit.*, t. II, p. 70. *Iahrg.*, 1795).
ALLIONI (Charles); *Raggionamento sopra la pellagra*; in-8°. *Torino*, 1795.
FACHERIS (JACQUES), *Memoria sulla pellagra* (dans son Traité *delle malattie popolari del Dipartimento del Serio*, t. I, p. 55; in-8°. *Bergamo*, 1804).
LEVACHER DE LA FEUTRIE, Recherches sur la pellagre; in-8°. Paris, 1806 (dans les *Mémoires de la société médicale d'émulation*, t. VI).
SCHLEGEL (JULES-HENRI-THEOPHILE), *Briefe einiger Aerzte in Italien ueber das Pellagra* (dans ses *Materialien fuer die Staatsarzneywissenschaft und praktischen Heilkunde*. Iéna, 1807).
MARZARI (JEAN-BAPTISTE), *Memoria sopra la pellagra*; in-8°. *Venezia*, 1815.
HOLLAND (HENRI), *On the pellagra, a disease prevailing in Lombardy* (dans les *Medico chirurgical Transactions*, t. VIII, p. 317; in-8°. *London*, 1817).
ZECCHINELLI (JEAN-MARIE), *Alcune riflessioni sulla pellagra nelle provincie di Belluno e di Padova*; in-8°. *Padova*, 1818. (JOURDAN)

PELLICULE, s. f., *pellicula*, diminutif de *pellis*, peau. On donne ce nom à des feuillets minces et ordinairement transparens qui se détachent de la surface d'une membrane, ou qui se forment morbifiquement sur une partie. (F. V. M.)

PELOTE, s. f., nom qu'on donne à la partie renflée et souple d'un bandage qui doit comprimer sur l'ouverture d'un sac herniaire. J.-L. Petit a inventé une pelote propre à comprimer, au moyen d'une vis, les vaisseaux lorsqu'on veut faire des amputations des membres. Quelques autres appareils chirurgicaux portent des pelotes appropriées aux traitemens auxquels on les destine. (F. V. M.)

PELVI-CRURALE, adj., *pelvi-cruralis*. M. Chaussier donne ce nom à l'artère iliaque primitive. *Voyez* ILIAQUE. (M. P.)

PELVIEN, adj., *pelvianus*, de *pelvis*, bassin, qui a rapport au bassin.

M. Chaussier appelle le bassin *extrémité pelvienne du tronc* (*Voyez* BASSIN). Il donne aussi le nom de *pelvienne* à l'artère hypogastrique ou iliaque interne. *Voyez* HYPOGASTRIQUE.

Artère sous-pelvienne. C'est ainsi que M. Chaussier désigne l'artère honteuse interne qui, n'ayant pas été décrite à l'article *honteux*, doit trouver place ici. Un peu moins grosse que l'ischiatique, cette artère est souvent produite par elle; elle descend verticalement et légèrement flexueuse au devant du plexus sciatique et du muscle pyramidal, et elle sort du bassin par la partie inférieure de la grande échancrure sciatique, entre le muscle pyramidal et le bord postérieur du muscle releveur de l'anus, réuni au petit ligament sacro-sciatique. Dans ce passage, la sous-pelvienne, voisine de l'ischiatique, n'en est séparée que par une couche de graisse. Bientôt après

elle se porte en bas et en dedans, passe entre les deux ligamens sacro-sciatiques, et se recourbe sur l'antérieure qu'elle embrasse en dehors. Placée ensuite sur la face interne de l'ischion entre l'obturateur interne, sur lequel elle appuie, et le releveur de l'anus, elle marche presque horizontalement en avant et en dedans jusque auprès de l'attache commune des muscles ischio-caverneux et transverse du périnée. Là elle se divise en deux branches, qui se comportent différemment chez l'homme et chez la femme.

Dans le bassin, la sous-pelvienne fournit souvent l'hémorroïdale moyenne, l'obturatrice, etc. Elle donne quelques rameaux à la vessie, aux vésicules séminales, à la prostate, au rectum, et chez la femme à la partie supérieure du vagin. Depuis son passage entre les ligamens jusqu'à sa division, la sous-pelvienne donne un grand nombre de branches, toutes d'un volume médiocre. Les uns descendent vers la tubérosité de l'ischion, et se perdent dans l'attache commune des muscles fléchisseurs de la jambe; les autres, plus considérables, se répandent au milieu de la graisse abondante qui environne le rectum, et vont se distribuer au sphincter cutané et aux muscles du périnée.

Des deux branches qui terminent la honteuse chez l'homme, l'une est inférieure et l'autre supérieure.

La branche inférieure (*périnéale*, Chaussier) est la plus petite; elle s'engage audessous du muscle transverse, entre lui et la peau, se porte en avant dans le tissu graisseux qui remplit l'espace triangulaire que laissent entre eux les muscles ischio et bulbo-caverneux. D'abord plus près de la branche de l'ischion que du raphé, elle se rapproche de ce dernier en avançant, et donne de nombreux rameaux au sphincter, au transverse, aux ischio et bulbo-caverneux et à la peau. Ceux qui vont au sphincter et à la portion inférieure du rectum forment les *artères hémorroïdales inférieures*. Enfin elle s'enfonce, tantôt par un, tantôt par deux, dans la cloison du dartos auquel elle se distribue. On l'appelle alors *artère de la cloison*.

La branche supérieure (*ischio-pénienne*, Chaussier) traverse le muscle transverse du périnée, et remonte jusqu'à l'espace triangulaire celluleux qui sépare les deux racines du corps caverneux (*Voyez* PÉNIS). Près de son origine, elle donne une branche secondaire plus ou moins grosse, connue ordinairement sous le nom d'*artère transverse du périnée* (*uréthro-bulbaire*, Chaussier), laquelle se dirige en dedans et en avant audessus du muscle transverse jusqu'au bulbe de l'urètre, dans lequel elle s'enfonce en se subdivisant en plusieurs rameaux. On est souvent exposé à ouvrir cette artère dans l'opération de la taille.

La branche ischio-pénienne, dans le reste de son trajet, donne de nombreux rameaux au muscle obturateur interne, aux ischio-caverneux, au transverse et aux glandes de Cowper. Parvenue dans l'intervalle des racines du corps caverneux, elle fournit un rameau caverneux et l'autre dorsal.

Le rameau caverneux (*artère profonde du pénis*, Chaussier) pénètre dans le côté correspondant du corps caverneux, et s'y ramifie *Voyez* PÉNIS.

Le rameau dorsal (*artère superficielle du pénis*, Chaussier) suit la face dorsale de la verge, et se perd dans le gland. *Voyez* PÉNIS.

Chez la femme, la branche inférieure de l'artère sous-pelvienne donne au sphincter, au constricteur du vagin, et va finir dans la grande lèvre. La branche supérieure (*artère du clitoris*, Chaussier) monte le long de l'ischion jusqu'à l'intervalle des corps caverneux du clitoris, et s'y divise en deux rameaux, dont l'un pénètre le corps caverneux; l'autre se porte sur la face dorsale du clitoris, et se termine à son extrémité.

(M. P.)

PELVIMÈTRE, s. m., de *pelvis*, bassin, et de *μετρον*, mesure. On appelle ainsi des instrumens dont on se sert dans l'art des accouchemens pour mesurer le diamètre antéro-postérieur du détroit abdominal du bassin, lorsqu'on craint de ne pas acquérir, au moyen du doigt indicateur, des connaissances assez précises sur ses dimensions. Il serait extrêmement fâcheux de tomber dans une méprise dans ce cas qui est un des plus épineux de la pratique.

On peut procéder à l'examen de ce canal, soit chez une jeune vierge, qui a été plus ou moins maltraitée dans son enfance par le rachitis qui a influé sur son organisation physique, et dont les parens désirent savoir si on peut l'engager avec sûreté dans les liens du mariage, soit chez une femme enceinte pour la première fois, qui a aussi été nouée dans sou bas âge, ou dont le système osseux a éprouvé, à la suite de quelque accident, des altérations à une époque plus avancée de la vie; ce qui fait douter si elle pourra mettre au jour, sans un moyen extrême, le fruit qu'elle porte dans son sein. Si on se trompe dans le premier cas, on s'expose à priver des plaisirs de l'hymen une femme qui aurait pu accoucher heureusement, malgré les désordres que présente sa charpente osseuse, parce que son bassin n'est pas défectueux, ou à faire acheter à celle dont il est très-vicié les douceurs de la maternité par le sacrifice de sa vie.

Si l'on redoute que l'accouchement puisse être retardé chez une femme en travail par l'étroitesse du petit diamètre du dé-

troit supérieur du bassin, une erreur dans l'évaluation de sa longueur produirait le double inconvénient, ou d'attendre en vain du temps la terminaison d'un accouchement physiquement impossible par les voies ordinaires, ou celui de pratiquer inutilement une opération dangereuse pour la mère. Plusieurs faits constatés par l'ouverture des cadavres prouvent que, faute de moyens propres à mesurer rigoureusement les dimensions du bassin, une opération grave a été pratiquée dans des cas où l'accouchement aurait encore pu se terminer heureusement par les seuls efforts de la nature.

M. Coutouly donne l'exemple d'une franchise bien honorable, et qui serait très-utile à l'art si elle trouvait beaucoup d'imitateurs, lorsqu'il fait l'aveu que, assisté de M. Lauverjat qu'il avait appelé pour l'aider à déterminer s'il fallait pratiquer l'opération césarienne ou si l'on pouvait s'en abstenir, chez une femme rachitique dès son enfance, et dont la colonne épinière était arquée, ils reconnurent après sa mort qu'ils s'étaient trompés de plus d'un demi-pouce dans l'évaluation du diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur.

Pour reconnaître les dimensions de ce détroit, on emploie deux instrumens, le compas d'épaisseur et le pelvimètre de Coutouly. Depuis que ce dernier a été présenté à l'académie de chirurgie, l'auteur y a fait plusieurs changemens pour en rendre l'emploi plus sûr et plus facile. Il est important de faire connaître aux gens de l'art ces différentes modifications. Le premier s'applique à l'extérieur, le second se développe dans l'intérieur du bassin. Le compas d'épaisseur est composé de deux branches courbées à leur partie antérieure, et fixées postérieurement au moyen d'une charnière; ce qui permet à leurs extrémités lenticulaires de s'approcher ou de s'éloigner au besoin. Lorsqu'elles sont fixées sur les points extérieurs du bassin où il convient de les placer, on serre la vis à tête plate placée à l'endroit où commence la courbure. Pour calculer l'épaisseur du corps qui est saisi entre les branches du compas, on a placé une échelle graduée dans leur portion droite. L'une de ces branches est creusée en forme de gouttière pour la loger dans l'état de repos; mais lorsqu'on se sert de l'instrument elle en sort pour traverser une mortaise pratiquée à l'autre branche, où elle est fixée par une vis à tête plate. Pour employer le compas d'épaisseur, on pose une des branches sur la symphyse du pubis, au milieu du mont de Vénus, et l'autre au centre de la dépression du sacrum, un peu audessous de la dernière vertèbre lombaire (Le nombre des chiffres marqués sur l'échelle jusqu'à la mortaise représente celui des pouces compris entre les branches). De l'épaisseur de la femme, prise

entre ces deux points, on déduit ensuite trois pouces, tant pour l'épaisseur de la base du sacrum que pour celle du pubis, savoir : deux pouces et demi pour celle du sacrum, et un demi-pouce pour celle du pubis. Cette estimation fait connaître rigoureusement, à deux lignes près, l'espace vide qui existe entre la face interne du sacrum et celle du pubis, à moins qu'il n'existe une exostose à la face interne de l'un de ces os. Lorsque la femme a beaucoup d'embonpoint, il est nécessaire, pour plus de précision, de retrancher deux lignes de l'épaisseur qu'a présentée la femme mesurée extérieurement entre le sacrum et le pubis. Cet instrument est ordinairement celui qu'on préfère; il ne cause point de douleur, et ne porte aucune atteinte à la pudeur et aux mœurs. L'application en est facile sur toutes les femmes et dans toutes les circonstances.

Dans le principe, le pelvimètre de Coutouly était composé de deux tiges droites, longues chacune de dix pouces, dont l'une glissait dans une rainure pratiquée dans toute la longueur de l'autre. On ne peut en donner une idée plus juste qu'en le comparant à l'instrument dont se sert le cordonnier pour mesurer la longueur du pied. Comme dans ce dernier, chacune des branches est recourbée à angle droit : celle qui porte la rainure, et qui doit être appuyée contre la saillie du sacrum par sa partie formant le bec de canne, est concave dans la partie antérieure de cette région, pour mieux s'y adapter, et pour qu'il soit plus facile de l'y tenir affermie avec le pouce et l'index. La tige qui doit s'engager dans la rainure de la précédente est également recourbée en équerre; mais la concavité est en sens contraire de celle de l'autre, parce qu'elle est pratiquée pour qu'elle puisse s'appliquer plus exactement à la partie interne de la symphyse. Sur sa longueur sont tracés trois pouces divisés par trois lignes. L'échelle ponctuée qu'elle porte à sa partie postérieure sert à marquer l'étendue de l'espace compris entre les deux équerres. Pour faire usage de l'instrument, on devait introduire les deux branches réunies dans le bassin par le vagin, le long de deux doigts portés dans l'excavation; on le faisait ensuite glisser de manière à placer l'équerre de la branche à coulisse contre la saillie du sacrum; une fois placée et bien assujettie, on tirait la tige mobile jusqu'à ce qu'elle fût arrêtée par la symphyse. L'écartement qui existe entre les deux équerres donne au juste la distance du sacrum au pubis, sans avoir besoin de défalcation.

M. Coutouly est convenu que le pelvimètre, tel que je viens de le décrire, laissait beaucoup à désirer, qu'il ne pouvait pas convenir dans tous les cas : aussi n'en avait-il proposé

l'emploi que pendant le travail, et dans le moment où l'orifice est complétement effacé. A cette époque, les replis du vagin n'opposent plus de difficulté au développement des deux branches dans l'intérieur, comme cela devait avoir lieu dans les essais qui ont été faits sur des cadavres. Convaincu par sa propre expérience de la réalité de plusieurs des défauts qu'on avait reprochés à son instrument, il s'est occupé de lui faire subir différentes modifications. J'avoue que je mérite le reproche qu'il m'a fait, ainsi qu'à Baudelocque, de ne les avoir pas fait connaître dans les premières éditions de mon traité d'accouchement. Je vais réparer aujourd'hui cet oubli involontaire. Pour faire disparaître les principales difficultés que présentaient l'application et le développement de son instrument dans l'intérieur du bassin, il imagina d'abord de donner de la mobilité à l'équerre qui termine la branche qui doit être appliquée sur la saillie du sacrum; mais il s'aperçut bientôt que si cette charnière en permettant un mouvement de bascule à cette équerre, procurait quelque avantage pour le placement de cette branche, et faisait qu'elle pût s'appliquer plus aisément et plus sûrement sur la saillie sacro-vertébrale, parce qu'on pourrait varier son inclinaison, selon que cette partie serait plus ou moins élevée, ou plus ou moins rapprochée de la symphyse, il n'en était pas de même pour la seconde : on devait toujours rencontrer les mêmes obstacles lorsqu'il s'agirait de la développer dans l'intérieur du bassin pour la ramener derrière la symphyse. D'ailleurs, pour l'introduire conjointement avec l'autre, on était obligé de diminuer la hauteur de son équerre, pour qu'elle pût permettre l'inclinaison en avant de la charnière de la première; elle se trouvait alors trop courte pour bien s'appliquer derrière la symphyse.

D'après la forme que M. Coutouly a donnée en dernier lieu à son instrument, une seule branche est introduite dans le vagin. Pour qu'elle tienne plus facilement et plus sûrement, quelle que puisse être la saillie du sacrum, il a renversé davantage l'équerre en arrière, et il a donné à la partie qui doit être portée dans le vagin une forme appropriée à celle du bassin. Lorsque l'accoucheur est parvenu à l'appliquer sur le sacrum avec le pouce et l'index, il n'a plus alors, pendant qu'il s'occupe à l'y maintenir avec les mêmes doigts, à l'aide des crochets dont elle est armée inférieurement, qu'à faire couler dans sa rainure l'équerre de l'autre branche, jusqu'à ce qu'elle soit parvenue aux parties externes qu'elle doit embrasser. Pour obtenir au juste les dimensions du vide à travers lequel la tête de l'enfant doit passer, il faut ensuite défalquer sur l'étendue indiquée sur la tige qui porte l'échelle graduée, à peu près un

demi-pouce pour l'épaisseur des parties, tant dures que molles, qui forment le pubis et le pénil; il faut encore retrancher trois lignes environ pour l'inclinaison de l'instrument. En effet, l'espace compris entre le point de contact des deux branches est représenté par une ligne oblique tirée de la saillie du sacrum, au milieu de la symphyse du pubis; mais cette ligne oblique a quelques lignes de plus que la ligne droite qui serait tirée de cette même saillie au bord supérieur des os pubis. La forme particulière du bassin, qui est vicié, fait varier la quantité dont elle excède l'autre; elle est plus grande si le sacrum est porté sur l'un des côtés par la flexion de la colonne lombaire. Même après avoir subi ces différentes modifications, cet instrument ne pourrait pas être employé chez de jeunes filles non déflorées, sur l'état desquelles on aurait conçu des inquiétudes relativement aux dimensions du diamètre antéro-postérieur. Il ne conviendrait pas davantage chez une femme mariée qui ne serait pas encore devenue mère et qui inspirerait les mêmes craintes.

Chez une vierge, le compas d'épaisseur est le seul moyen qui puisse être employé pour mesurer le diamètre sacro-pubien du détroit abdominal. L'introduction du doigt ne peut pas avoir lieu; outre qu'elle serait douloureuse, elle lui répugnerait beaucoup, et produirait la déchirure de l'hymen, que quelques époux aiment à rencontrer. Au moment de l'accouchement, lorsqu'on a des doutes sur la conformation du bassin, on ne doit jamais s'en rapporter à l'application seule de l'un des instrumens dont je viens de parler. Le doigt seul peut faire connaître, en parcourant en tous sens ce canal, les difformités qui affectent quelquefois la face interne, comme des exostoses, des tumeurs stéatomateuses. Si la base du sacrum en est le siége le plus ordinaire, il peut aussi s'en former sur les côtés du bassin et dans sa région antérieure; elles peuvent survenir chez une femme qui aurait déjà eu des enfans. Une exploration exacte, faite au moyen de l'indicateur, est donc toujours nécessaire lorsqu'il existe quelques doutes sur l'état de la femme en travail.

Il me semble que le compas d'épaisseur pourrait encore être employé à mesurer les diamètres obliques qui sont aussi quelquelquefois viciés. Cette estimation se ferait par un procédé analogue à celui par lequel on évalue l'étendue du diamètre sacro-pubien du détroit abdominal. Voici la manœuvre que j'ai conseillée dans mon Traité d'accouchement : placer une branche du compas sur le milieu du grand trochanter, et l'autre sur la partie postérieure de la symphyse sacro-iliaque. Dans la bonne conformation, l'échelle graduée, placée entre

les branches, indique qu'il existe un intervalle de neuf pouces entre les extrémités lenticulaires appliquées sur chacun des points auxquels répondent les extrémités des diamètres obliques. Pour obtenir la connaissance de ce diamètre, il faut retrancher de l'étendue totale l'épaisseur de la cavité cotyloïde, réunie à celle du grand trochanter, où tombe l'une des extrémités des diamètres obliques, et celle de l'os des hanches dans sa portion qui répond à la symphyse sacro-iliaque, au devant de laquelle aboutissent ces mêmes diamètres par leur extrémité opposée. Le reste représentera exactement sa longueur. Or, l'examen des dimensions des os du bassin apprend que l'épaisseur de la cavité cotyloïde, réunie à celle du grand trochanter, est de trois pouces moins un quart, et que celle de la symphyse sacro-iliaque, mesurée de sa face antérieure à sa face postérieure, doit être évaluée à vingt lignes environ, y compris celle des muscles fessiers et du tissu cellulaire : ce qui donne quatre pouces et demi à retrancher. (GARDIEN)

PELVI-TROCHANTÉRIEN, adj., *pelvi trochanterianus:* on appelle région trochanterienne celle qui s'étend du bas-ventre au trochanter; elle comprend des muscles, des nerfs, des vaisseaux, des glandes, des os, etc. (F. V. M.)

PEMPHIGODE (fièvre), s. m.; nom donné par quelques médecins à la fièvre qui accompagne le pemphigus, et à laquelle d'autres appliquent une signification différente. *Voyez* PEMPHIGUS. (F. V. M.)

PEMPHIGUS, s. m., *pemphigus* : mot dérivé du grec de πεμφιξ, *pemphix*, bulle, et qui désigne une maladie qui consiste en une éruption de vésicules semblables aux ampoules que fait naître sur la peau l'application de l'huile bouillante.

Le pemphigus a été jusqu'à présent peu observé; il est peu connu, ou, ce qui est pire, mal connu. Non-seulement les monumens de l'art n'offrent sur ce sujet que peu de connaissances réelles; mais encore ils les présentent le plus souvent souillées d'opinions fausses. Quelle pauvreté dans les observations individuelles! Quelle confusion dans les descriptions générales! Que d'opinions hasardées dans l'histoire des causes! Quelle contradiction et quelle crédule confiance dans les divers traitemens mis en usage! Les faits particuliers ne sont point en assez grand nombre, et encore la plupart, tronqués ou mal décrits, n'offrent que le nom de la maladie, et sont loin d'avoir tous le même degré d'authenticité. Les histoires générales ne contiennent que des descriptions incomplettes qui diffèrent souvent entre elles, ne s'accordent pas constamment avec les histoires particulières, et présentent presque

toujours les symptômes du pemphigus confondus avec ceux des maladies qui le compliquent. L'étiologie est fondée sur des idées chimériques ou sur une observation imparfaite. Quelques auteurs prétendent que le pemphigus est contagieux, épidémique; quelques autres, qu'il n'est que sporadique; la plupart, qu'il est toujours symptomatique. Pour certains nosologistes, cette maladie est une fièvre éruptive; pour d'autres, une phlegmasie cutanée; pour d'autres enfin, une affection chronique du genre des cachexies, des hydropisies, etc.; plusieurs observateurs soutiennent que c'est une maladie formidable et toujours mortelle, tandis que d'autres attestent qu'elle est susceptible d'une terminaison prompte et heureuse. Presque tous confondent l'espèce simple avec les espèces compliquées. Les principes du traitement sont aussi mal déterminés que les caractères de la maladie. Les méthodes les plus différentes ont été proclamées contre cette affection : ici, c'est la saignée et les médications rafraîchissantes; là, c'est le quinquina, le vinaigre bézoardique, l'opium, le mercure; ailleurs, ce sont les sudorifiques, les émétiques, les purgatifs, les diurétiques, les vésicatoires mêmes. Sans doute ces idées diverses ne sont pas toutes également dénuées de fondement : la plupart sont appuyées sur quelques faits, et si elles sont devenues inexactes, c'est qu'on s'est trop hâté de les généraliser; mais combien d'autres ne reposent que sur des témoignages infidèles? Combien n'ont d'autres titres de créance que la réputation des premiers auteurs qui les ont imaginées, et la crédulité des compilateurs qui les ont ensuite adoptées?

Qu'on examine avec attention tout ce qu'on a écrit jusqu'à présent sur le pemphigus, on s'apercevra bientôt qu'à l'exception de quelques faits particuliers, tout le reste est admis sur parole; que la plupart des auteurs ont adopté les idées de leurs devanciers, sans s'assurer si elles étaient vraies ou fausses, et que presque tous les nosologistes s'en sont tenus à répéter ce qu'avait dit Sauvages, au lieu d'interroger la nature, et de nous donner ses réponses.

Consulter la nature, ne prendre dans les livres que les observations qui la représentent fidèlement; se recueillir pendant longtemps dans la contemplation de ces connaissances premières, et ensuite, l'esprit libre de toute influence étrangère, s'élever graduellement aux notions générales par une suite d'abstractions rigoureusement déduites, une telle méthode n'est-elle pas la plus sûre que puisse adopter un médecin qui entreprend de tracer la première monographie complette d'une maladie peu observée et mal connue?

Description de la maladie. L'exemple suivant paraît devoir

être regardé comme le prototype du pemphigus simple. M. G..., âgé de vingt et un ans, doué d'un tempérament sanguin, jouissait habituellement d'une bonne santé. Plein d'ardeur pour l'exercice de la chasse, ce jeune homme s'y était livré avec excès pendant la fin de l'été de 1811. Un jour qu'il faisait extrêmement chaud (c'était le 8 septembre), il alla chasser dans les marais de la Bresse, et s'enfonça plusieurs fois dans l'eau jusqu'aux genoux, étant excédé de fatigue et couvert de sueur.

Le lendemain au soir, premier jour de la maladie, il éprouve, après quelques frissons, une chaleur générale, de la pesanteur de tête, un peu de soif et beaucoup d'agitation, surtout pendant la nuit. Le second jour, la fièvre, qui avait diminué dans la matinée, se fait sentir dès le midi avec plus de chaleur et d'agitation que la veille, mais sans frisson. Le troisième, la face est plus colorée, la peau brûlante, le pouls dur, accéléré et largement développé; le malade éprouve des picotemens aux extrémités inférieures, qui paraissent légèrement boursoufflées et plus colorées que le reste du corps. Pendant la nuit, insomnie, agitation extrême, chaleur et douleurs lancinantes aux jambes.

Le quatrième, les extrémités inférieures tuméfiées depuis les genoux jusqu'aux orteils, sont couvertes dans toute cette étendue de plaques rouges sur lesquelles s'élèvent des vésicules diaphanes, d'un blanc jaunâtre, pleines de sérosité, grandes, les unes comme des noisettes, les autres comme des amandes, et plusieurs seulement comme des pois, disséminées inégalement, plus petites et plus nombreuses sur les pieds et autour des malléoles, plus grandes et plus rares sur le haut de la jambe et sur les mollets. Toutes les plaques rouges ne sont pas encore couvertes de vésicules; il en est dont l'épiderme n'est point ou n'est qu'à peine soulevé. En promenant les doigts sur ces plaques, on sent qu'elles forment une légère élévation; leur couleur ne disparaît pas sous la pression : celles au centre desquelles se sont élevées les vésicules forment chacune une aréole rouge qui devient plus étroite à mesure que l'ampoule s'étend. Entre ces exanthèmes, la peau conserve sa couleur naturelle; mais elle est tendue, rénitente, prurigineuse, et un peu plus chaude que dans le reste du corps, où elle est douce et halitueuse; le pouls développé et plein bat moins vite que la veille; les yeux sont douloureux, un peu rouges et humides, la langue sèche et blanchâtre, le ventre est resserré, les urines limpides et colorées, et leur émission ardente. Du reste, point de dérangement dans la respiration, point de nausées, nul dégoût pour les alimens, nul trouble dans les fonctions

des sens et de l'entendement. Le malade dort paisiblement pendant toute la nuit; la peau se couvre d'un peu de sueur.

Le cinquième, plusieurs vésicules acquièrent une plus grande étendue sans devenir plus saillantes; quelques-unes, placées sur les mollets, sont devenues confluentes. Le sixième, les grandes ampoules paraissent moins pleines, l'épiderme en est ridé, et le fluide qu'elles contiennent s'accumule dans la partie la plus déclive, ou s'échappe par la rupture spontanée ou accidentelle des ampoules. Pendant les septième et huitième, la plupart des vésicules, affaissées et ridées, s'ouvrent spontanément, répandent une grande quantité de sérosité limpide, jaunâtre et inodore, et laissent à nu leurs bases, qui forment des excoriations très-rouges, douloureuses, et d'où suinte encore de la sérosité pendant quelques instans. Les plus petites phlyctènes ne se rompent pas; mais elles s'affaissent, se dessèchent en devenant blanchâtres et opaques; pendant qu'on voit les vésicules se flétrir, les aréoles qui les entouraient s'obscurcissent et finissent par disparaître; en même temps la tuméfaction de la peau diminue ainsi que la rénitence.

Du huitième au dixième, toutes les phlyctènes se dessèchent, celles qui se sont vidées, comme celles qui sont restées pleines; des écailles minces, larges, jaunes, se forment à la place des premières; des croûtes épaisses, granuleuses, d'abord jaunes, ensuite brunes, succèdent aux petites vésicules qui ne se sont pas rompues. Il n'y a plus de tuméfaction; la chaleur et les douleurs locales ne se font plus sentir; mais il reste encore un peu de prurit. Les écailles tombent les premières, les croûtes se détachent au deuxième ou troisième jour de leur formation : les unes et les autres laissent sur la peau des taches lisses, brillantes, de couleur vineuse, mais sans enfoncement et sans cicatrice.

La fièvre, qui s'était éteinte après le développement de l'éruption, ne s'est plus fait sentir que très-faiblement, et en diminuant tous les jours, jusqu'au sixième, où elle a cessé complétement de reparaître. À cette époque, les urines sont devenues troubles et ont laissé précipiter un sédiment considérable. Dès le septième jour, le ventre s'est ouvert; les déjections d'abord diarrhéiques et fréquentes sont bientôt devenues naturelles.

Le malade n'a pris pour tout remède que des infusions de violette chaude; il a gardé le lit pendant les six premiers jours; dès le septième il a laissé la diète, et a pu satisfaire sans danger son appétit devenu très-vif.

Il y a dans le pemphigus quatre affections élémentaires qui doivent être regardées comme les parties intégrantes ou plutôt comme les principes immédiats de la maladie; ce sont : 1°. une

affection cutanée; 2°. une affection fébrile; 3°. une affection des membranes muqueuses; 4°. une altération des sécrétions.

A. *Affection cutanée*. Vésicules séreuses, disséminées sur la peau, reposant sur des plaques rouges, précédées et accompagnées de tuméfaction, de chaleur et de douleur, et se terminant, après quelques jours de durée, par l'effusion du fluide qu'elles contiennent, et par la dessiccation de leurs bases dénudées : voilà ce qui constitue l'affection cutanée du pemphigus. Considérée dans son entier, cette affection consiste en un nombre plus ou moins grand de vésicules, développées simultanément ou successivement. Considérée dans chaque vésicule en particulier, elle présente, pour chacune d'elles, les symptômes suivans : *tuméfaction, chaleur, douleur, rubéfaction et vésication*. Ces cinq phénomènes physiologiques constituent, par leur combinaison, chaque système, et c'est de leurs degrés divers d'intensité et de leur marche respective que résultent tous les caractères de celle-ci : à la base de chaque phlyctène, existe une *tuméfaction* plus ou moins considérable; ordinairement elle n'est que superficielle et bornée au chorion, ou même seulement au réseau vasculaire qui le recouvre; quelquefois cependant le tissu cellulaire sous cutané en partage le siége, et c'est surtout ce qui arrive quand les phlyctènes sont rassemblées en grand nombre sur la même région. Lorsque la tuméfaction est limitée au corps réticulaire, elle ne s'étend point au delà du disque érythématique, qui sert de base à chaque vésicule, et, dans quelques cas, elle est si légère qu'on ne peut l'apercevoir qu'en promenant les doigts sur la peau. Lorsqu'elle pénètre plus profondément, on aperçoit, outre la tuméfaction érythématique, qui est superficielle, un boursoufflement de toute l'épaisseur de la peau, très-notable à la base des vésicules, et qui quelquefois s'étend sur toute la région qui est le siége de l'éruption, et altère plus ou moins la forme naturelle des membres. La peau, qui est le siége de la tuméfaction pemphigoïde, est dure, tendue, rénitente, plus colorée et plus chaude que dans les autres parties. C'est toujours dans le réseau vasculaire que la tuméfaction commence à se manifester; c'est toujours à la base et autour des vésicules que la peau est plus tuméfiée, et souvent même elle ne l'est que là. La tuméfaction augmente avec assez de rapidité jusqu'au moment où les vésicules auxquelles elle sert de base, prennent leur accroissement; alors elle commence à diminuer; mais elle ne s'efface complétement que pendant la dessiccation.

La *chaleur* et la *douleur* varient beaucoup. Dans quelques cas, elles sont presque nulles; dans d'autres, excessives; le plus souvent modérées : elles ont leur siége principal à la base

des phlyctènes, la douleur surtout ; car la chaleur peut se répandre dans l'intervalle des vésicules, comme la tuméfaction ; quelquefois la chaleur seule se fait sentir. Lorsque la douleur se manifeste, ce n'est ordinairement qu'après que la chaleur s'est développée. Celle-ci n'est pas aussi intense que dans le phlegmon ; elle n'est surtout ni aussi continue, ni aussi profonde ; mais lorsque les vésicules déchirées laissent leur base à nu, elle est très-cuisante, et, par momens, aussi vive que celle du phlegmon ; la douleur est ou lancinante ou prurigineuse : c'est d'abord sous forme de picottement qu'elle se fait sentir ; elle devient ensuite plus ou moins lancinante, et finit enfin par se changer en prurit.

La *rubéfaction* accompagne la tuméfaction réticulaire, avec laquelle elle forme des plaques rouges qui servent de bases aux vésicules. Ces plaques sont arrondies ou ovales, plus ou moins grandes, communément de l'étendue de nos diverses pièces de monnaie, et légèrement saillantes audessus de la peau ; le plus souvent on n'en aperçoit que les bords, le centre étant déjà recouvert par la vésication : alors elles ne se montrent que sous forme d'aréoles plus ou moins larges, ordinairement peu étendues, et quelquefois presque imperceptibles. Dans quelques cas, les vésicules s'étendent sur toute la surface des plaques, et c'est ce qui a fait dire à des observateurs inattentifs que les phlyctènes du pemphigus étaient sans rougeur ; mais alors même qu'on n'aperçoit point d'aréole, les plaques rouges n'en existent pas moins sous les vésicules, qui les recouvrent entièrement, et dont la rupture, en dépouillant leurs bases, laisse apercevoir une rubéfaction qui n'est point équivoque. Jamais la rubéfaction ne se dispose autrement que par plaques, dont on n'aperçoit plus que le limbe, si l'on n'est pas habile à en épier le développement avant que l'épiderme ne se soulève en vésicules ; toujours elle se manifeste sous forme d'érythèmes partiels, aussi nombreux que les phlyctènes, parfaitement distincts les uns des autres, et qui ne se réunissent et ne se confondent entre eux qu'autant qu'ils sont extrêmement voisins, caractère bien différent de celui qui distingue l'érythème érysipélateux. Cette rubéfaction présente à peu près la même teinte que l'érysipèle : d'un rouge clair à sa naissance, elle prend en vieillissant une couleur plus obscure et vineuse : dès le premier jour de leur développement, les plaques ont toute l'étendue qu'elles doivent avoir ; cependant quelquefois elles gagnent encore un peu de largeur pendant la durée des phlyctènes, en même temps qu'elles acquièrent une couleur plus foncée ; mais cela est rare. La pression du doigt n'en affaiblit point ou n'en affaiblit que très-peu la couleur pendant les premiers jours, mais ensuite

la fait disparaître de la même manière que dans l'érysipèle : la rubéfaction diminue à mesure que les vésicules se dessèchent ; néanmoins elle ne se termine pas avec la dessiccation ; même après la chute des croûtes, il en reste encore des vestiges, et l'on voit des taches d'un rouge obscur subsister pendant plusieurs jours à la place qu'occupaient les croûtes ou les écailles.

La *vésication* consiste dans l'exhalation d'un fluide séreux entre le corps réticulaire et l'épiderme : sur tous les points affectés de rubéfaction, s'accumule une certaine quantité de sérosité qui détache l'épiderme du corps réticulaire, et le soulève en cloches ou ampoules, que tous les auteurs ont, avec raison, comparées aux vésicules produites par l'application de l'eau bouillante ou des vésicatoires. Cette vésication a un caractère invariable, c'est de se manifester toujours sous forme d'ampoules, même dès le premier instant de son développement : je veux dire que, bien différentes de quelques autres éruptions analogues, elle ne commence jamais sous la forme de boutons ou de petites pustules. Observée au premier instant de sa naissance, elle constitue déjà sur chaque érythème une cloche ou ampoule étendue et convexe comme une hydatide ou un verre de montre qu'on aurait appliqué sur la peau. Ces vésicules ne sont jamais terminées par une pointe rouge ou blanche, comme les boutons ou les pustules : d'où l'on voit que ces dernières dénominations ne doivent point être substituées ici à celles de *vésicules* ou *phlyctènes* qui conviennent seules à ces exanthèmes.

Quelle que soit l'époque de leur durée, à leur naissance, comme dans leur plus grand accroissement, ce sont toujours des vésicules translucides, jaunâtres ou fauves, ayant la forme d'un demi-sphéroïde plus ou moins aplati : le degré de leur aplatissement est toujours proportionnel à leur durée ; soulevées, pleines, tendues pendant leur accroissement, qui dure ordinairement pendant deux ou trois jours, elles ne sont alors presque point aplaties ; mais, ce terme passé, elles commencent à s'affaisser ; elles s'aplatissent inégalement en se ridant et formant, vers leur partie la plus déclive, une espèce de poche pendante où s'accumule le fluide contenu : leur volume varie beaucoup depuis celui d'un lobe de pois ou d'amande, jusqu'à celui d'un œuf de poule, ou même d'un vésicatoire ordinaire. Elles n'acquièrent toute leur étendue qu'au deuxième ou troisième jour de leur développement, quelquefois même plus tard : pendant le premier jour, elles sont moins grandes, sans néanmoins commencer, comme d'autres phlyctènes, par un point imperceptible ; car, dès le premier instant de leur naissance, elles ont déjà une grande partie du volume

qu'elles doivent avoir; il en est même quelques-unes, et ce sont les plus petites, qui ne grossissent point ou presque point.

Parvenues à leur plus grand accroissement, les vésicules se rompent et laissent échapper le fluide qu'elles contenaient. Leur épiderme déchiré s'affaisse sur leurs bases, ou en est enlevé, et celles-ci, dénudées, présentent des excoriations très-vives, très-rouges, qui continuent encore pendant quelque temps à exhaler une certaine quantité de sérosité.

Le fluide qui s'écoule des vésicules, soit au moment de leur rupture, soit après, est presque toujours fort abondant : il ressemble parfaitement à la sérosité des vésicatoires; il est limpide, légèrement coloré en jaune roussâtre, un peu visqueux, ordinairement inodore; il ne tache que faiblement le linge qui en est gommé : ce sont là les caractères physiques que présente la sérosité vésiculaire dans la plupart des cas; mais quelquefois cette sérosité est d'une fédité insupportable. Cette anomalie a été observée, dans le pemphigus simple, par le docteur Vallot; mais elle est moins rare dans le pemphigus compliqué, ainsi que l'attestent les observations de Fink, du docteur Sainte-Marie, de Frentzel et de Whyteley-Stoches (*Monographie du pemphigus*, première partie); d'autres fois c'est la limpidité de cette sérosité qui est altérée par la présence d'un peu de matière purulente qui s'y mêle, s'y dissout, ou y reste suspendue en masses distinctes, d'où résulte une couleur blanche ou un peu verdâtre. Lorsque cette altération arrive, elle n'a lieu le plus souvent que dans quelques vésicules seulement. Le pemphigus simple ne la présente que lorsqu'il est devenu chronique, et a perdu son caractère primitif sous l'influence des causes qui produisent cette dégénération. Dans le pemphigus aigu, la sérosité ne devient purulente que lorsqu'il y a complication : tel est le cas d'une péripneumonie avec éruption pemphigoïde critique dont Franck a parlé.

L'analyse chimique de la liqueur contenue dans les vésicules d'un pemphigus simple chronique, a donné les résultats suivans : la sérosité limpide, recueillie dans une cuiller d'argent et chauffée sur la braise, se coagula promptement, en devenant opaque et d'une couleur opaline; elle formait une masse un peu molle et tremblante, semblable à du blanc d'œuf cuit. Exposée de nouveau au feu pendant un quart d'heure, elle devint sèche, ferme et très-dure, et acquit une couleur rousse, qui brunit à mesure que la cuisson continuait. Une petite quantité de cette même sérosité, étendue dans une soucoupe, et exposée pendant un jour entier au soleil et à l'air chaud, était le lendemain complètement desséchée et convertie en une

couche très-mince, lisse, et d'une couleur jaune bruuâtre, semblable à celle des croûtes qui succèdent aux vésicules. Quelques gouttes d'acide sulfurique, jetées dans une cuiller pleine de sérosité limpide, donnèrent lieu à la formation de flocons blancs, qui augmentèrent en nombre à mesure qu'on laissait tomber les gouttes d'acide. Mêlée avec la dissolution de soude, cette humeur n'éprouva aucun changement notable. La sérosité puriforme que contenaient quelques vésicules, présenta les mêmes phénomènes que la sérosité limpide, soit à l'action du feu, soit à celle des acides et des alcalis. Ne peut-on pas présumer de ces essais que l'humeur des vésicules du pemphigus est de nature albumineuse?

Après que les vésicules se sont vidées, leurs bases dénudées exhalent encore pendant quelque temps une certaine quantité de sérosité; dans quelques cas, elles finissent par se couvrir de gouttelettes de pus; enfin, au bout d'un ou deux jours, quelquefois au bout de quelques heures, elles se dessèchent; les débris épidermoïques qui les recouvrent tombent en écailles; ou bien l'humeur exhalée s'arrête sur les excoriations et autour des débris des vésicules, se coagule, se dessèche, et forme des croûtes ordinairement squammeuses, quelquefois rugueuses, qui brunissent à mesure qu'elles vieillissent. Lorsque les vésicules sont petites, elles ne se rompent pas toujours; mais, sans répandre le fluide qu'elles contiennent, elles se dessèchent et se convertissent en croûtes rugueuses semblables à celles de la dartre crustacée. L'affaissement des ampoules et la diminution quelquefois considérable du fluide qui les remplit, est une circonstance de leur terminaison, digne de remarque. La diminution du fluide des vésicules peut aller, dans quelques cas, jusqu'à la disparition entière de cette humeur.

La tuméfaction est celle des cinq modifications de l'organe cutané qui se manifeste la première : à peu près dans le même temps, la chaleur se fait sentir, quelquefois la douleur; mais ordinairement le développement de celle-ci est plus tardif, la rubéfaction suit de près la tuméfaction, et ce n'est qu'après que la rubéfaction s'est dessinée en plaques distinctes sur la peau tuméfiée et chaude, que s'élève la vésication; souvent ce n'est qu'alors que la douleur se fait sentir. Cet ordre de développement est rarement interverti en entier; ce n'est guère que relativement à la chaleur et à la douleur surtout qu'on observe quelques irrégularités. Mais la durée de ce développement successif varie beaucoup; quelquefois plusieurs heures, ou même un jour entier se passe depuis la manifestation des plaques jusqu'à celle des vésicules; d'autres fois, la tuméfaction, la chaleur, la douleur, la rubéfaction et

la vésication se manifestent en même temps, ou du moins la succession de leur développement est extrêmement rapide.

Dès que ces lésions élémentaires sont développées, elles ne parviennent pas toutes à la fois à leur plus grand accroissement. C'est bien toujours lorsque la tuméfaction et la rubéfaction sont dans toute leur intensité que les vésicules commencent à s'étendre; mais alors la vésication seule continue à faire des progrès; on ne voit pas la tuméfaction ni la rubéfaction prendre plus d'intensité, ni s'étendre en proportion de l'agrandissement des ampoules; elles restent au même point où elles étaient au moment du soulèvement de l'épiderme; il y a même une chose fort digne de remarque dans la marche respective de ces symptômes élémentaires, c'est qu'à mesure que la vésication parvient à son plus grand accroissement, la tuméfaction commence à diminuer. Quant à la chaleur et à la douleur, elles ne suivent aucune loi fixe dans leur accroissement : tantôt elles augmentent avec la tuméfaction, tantôt avec la vésication; quelquefois elles ne se font point sentir avant la rupture des phlyctènes.

Pendant l'affaissement des vésicules, leur rupture et l'effusion de leur fluide, la tuméfaction continue à diminuer, la rubéfaction devient moins vive et plus obscure; mais c'est alors que la douleur se fait sentir avec violence; l'époque de la dénudation du derme, qui sert de base aux vésicules, est presque toujours celle où les cuissons et les lancées sont le plus douloureuses.

A mesure que la dessiccation s'établit, la tuméfaction se résout, la chaleur s'éteint ou n'existe déjà plus, et la douleur s'apaise, ou du moins se change en prurit : alors il ne reste de tous les symptômes cutanés que la rubéfaction, qui est toujours la dernière à se déterminer entièrement. Développée une des premières, cette lésion se manifeste en plaques rouges avant les vésicules, en aréoles pendant leur durée, en excoriations très-vives et très-rouges après leur rupture, et en taches d'une couleur obscure après la chute des croûtes. Ainsi on peut distinguer dans la marche des phlyctènes quatre phases ou époques : 1°. celle de l'*invasion*, caractérisée par le développement successif et plus ou moins rapide de la tuméfaction, de la chaleur, de la douleur, de la rubéfaction et de la vésication; 2°. celle de l'*accroissement*, caractérisée par les progrès de la vésication; 3°. celle du *décroissement*, caractérisée par l'affaissement des vésicules, leur rupture, l'effusion de leur fluide, et la dénudation de leurs bases; 4°. celle de la *dessiccation*, caractérisée par le phénomène des croûtes ou des écailles, et par la disparition successive de tous les symptômes cutanés. La durée respective de ces quatres phases, par

lesquelles passe chaque phlyctène, varie beaucoup; cependant le terme moyen de leurs variations est à peu près de six à douze heures pour la première, de deux à trois jours pour la seconde, de vingt-quatre à trente-six heures pour la troisième, et de deux à trois jours pour la dernière : d'où l'on voit que la durée moyenne de chaque phlyctène est de sept jours à peu près.

Toutes les régions de la peau peuvent être le siége de l'éruption pemphigoïde. Ni la plante des pieds, ni le cuir chevelu, ni les parties génitales n'en sont exempts; mais le plus souvent c'est sur les membres abdominaux, les thoraciques, le tronc, et même le visage qu'elle se manifeste. Quelquefois c'est toute l'étendue des tégumens qui en devient le siége, et de là résulte une éruption générale, dont les exemples sont aussi nombreux que ceux des éruptions locales.

Le nombre des phlyctènes dont se compose l'exanthème pemphigoïde varie beaucoup. Il est, en général, d'autant plus considérable, que le siége de l'éruption est plus étendu. Cependant, dans quelques cas, l'exanthème, quoique disséminé sur l'universalité des tégumens, ne se compose que d'un petit nombre de phlyctènes; tandis que dans d'autres les vésicules sont très-nombreuses, quoique n'occupant qu'un petit nombre de régions de l'organe cutané; mais ces cas sont les plus rares.

B. *Affection fébrile.* Dans le pemphigus simple, on remarque le plus souvent un état fébrile semblable à celui qui précède et accompagne la plupart des exanthèmes aigus. Cette affection se compose de mouvemens fébriles plus ou moins nombreux. Le premier commence par un frisson peu intense, ou même simplement par un léger frissonnement. A ce premier symptôme succède une chaleur générale et vive; en même temps se manifeste de l'agitation, de la céphalalgie, quelquefois une grande anxiété; le pouls s'accélère, grossit et devient dur; la face s'anime, la chaleur de la peau s'élève. Ce premier mouvement fébrile se développe communément le soir, dure toute la nuit, et diminue ou s'arrête au commencement du jour. Un second mouvement fébrile se manifeste à l'approche de la nuit suivante, et un troisième le surlendemain; ils se composent des mêmes symptômes que le premier, et constituent de véritables accès. Quelquefois un léger état fébrile subsiste dans l'intervalle des nuits : alors le frisson manque.

C'est pendant l'un de ces deux derniers accès ou paroxysmes que commence à se développer l'éruption pemphigoïde; le plus souvent c'est au troisième, rarement c'est dès le premier, quelquefois c'est pendant le second. Quel que soit cet

accès, il se distingue toujours par une plus grande intensité de la chaleur générale et de l'agitation, en même temps que par des picotemens et une chaleur brûlante dans la région qui doit être le siége de l'éruption. Celle-ci se manifeste toujours à la fin du mouvement fébrile, dont elle amène la rémission. La peau, qui était restée sèche, devient halitueuse, et même quelquefois elle se couvre de sueur.

Mais ce n'est point encore là le terme de l'affection fébrile. Après avoir ainsi annoncé l'éruption, elle l'accompagne pendant un temps plus ou moins long, selon que le développement des phlyctènes se fait simultanément ou successivement. Dans le premier mode, dès que l'éruption s'est manifestée, la fièvre diminue, et ne se fait plus sentir que légèrement, sans frisson, avec une chaleur générale moins vive et diaphorèse; le quatrième jour de la naissance de l'exanthême est le plus long terme de la durée de cet état fébrile. Quelquefois, après le développement des phlyctènes, la fièvre s'éteint pour ne plus reparaître. Dans le second mode, l'affection fébrile est de plus longue durée; mais sa marche varie selon que le pemphigus successif est aigu ou chronique. Dans l'un et dans l'autre, les mouvemens fébriles se renouvellent aussi souvent que l'éruption, ou plutôt chaque renaissance de l'exanthème est précédée et soutenue d'un effort fébrile plus ou moins intense et plus ou moins long; la période de froid en marque quelquefois le retour. A mesure que ces mouvemens se renouvellent, ils sont moins intenses; le pouls surtout perd de sa force et de son étendue, et devient même souvent petit et fréquent. L'affection fébrile a, dans le plus grand nombre des cas, une intensité modérée; quoique manifeste dans le plus grand nombre des circonstances, elle peut être imperceptible ou même n'existe point du tout dans quelques cas (fort rares), qui appartiennent presque toujours à la variété chronique.

C. *Affection des membranes muqueuses.* Elle occupe un nombre plus ou moins grand de membranes. Toutes en peuvent être le siége : la conjonctive, la membrane muqueuse qui tapisse l'intérieur du nez, la pulmonaire, celle qui revêt le canal de l'urètre, et même celle qui forme la surface interne de l'estomac ou des intestins. Rarement cette affection envahit toute l'étendue du système muqueux; lorsque cela arrive, les diverses régions de ce système n'en deviennent le siége que successivement. Le plus souvent, il n'y a qu'une ou deux des parties désignées qui soient affectées, et, dans le plus grand nombre des cas, il paraît que c'est celle qui occupe l'intérieur de la bouche et des intestins.

Cette affection se manifeste sous trois formes différentes : 1°. sous forme d'engorgement, avec irritation, mais sans in-

flammation décidée; 2°. sous forme de phlegmasie catarrhale; et 3°. sous forme d'inflammation vésiculaire semblable à celle que présente l'organe cutané. Le premier mode d'affection est caractérisé dans la conjonctive par un peu de rougeur et de douleur, mais sans qu'il y ait encore ophthalmie complette; dans le canal de l'urètre, par l'émission ardente des urines sans écoulement puriforme; dans les intestins, par la constipation opiniâtre qui accompagne toujours les premières périodes du pemphigus; dans les poumons, par l'oppression, la toux, sans autres symptômes du catarrhe.

Le second mode d'affection est caractérisé, dans les poumons, par tous les symptômes du catarrhe pulmonaire; dans les yeux, par ceux de l'ophthalmie; dans les intestins, par ceux du catarrhe intestinal; mais on ne doit pas confondre cette phlegmasie muqueuse élémentaire du pemphigus simple, avec celle qui constitue complication. L'affection catarrhale dont il est ici question est peu intense, nullement grave, et entièrement subordonnée dans sa marche aux révolutions de l'exanthème.

Le troisième mode d'affection consiste en une inflammation vésiculaire des surfaces muqueuses, qui est caractérisée par les mêmes symptômes que celle de la peau : vésicules séreuses de diverses grandeurs, reposant sur une base rouge tuméfiée, chaude et douloureuse, se rompant au bout de deux ou trois jours, en répandant la sérosité qu'elles contiennent, et en laissant des excoriations très-vives. Cette phlegmasie vésiculaire a été observée dans l'intérieur de la bouche, du gosier, du nez; dans l'estomac et les intestins, sur toute la surface des premières voies. L'affection muqueuse se développe dans le plus grand nombre des cas, en même temps que l'affection cutanée, et se termine presque toujours avec elle. Quelquefois celle-ci est très-peu considérable, tandis que l'affection muqueuse s'élève jusqu'au degré de la phlogose vésiculaire. Légère dans plusieurs cas, elle paraît ne pas exister dans d'autres, ou du moins alors ses signes ne sont pas également évidens.

Altération des sécrétions. Dans les nombreuses observations qui composent *la première partie de la monographie du pemphigus*, on aperçoit toujours une corrélation manifeste entre l'état pathologique de la peau et celui des organes sécrétoires; c'est toujours aux époques de dessiccation de l'exanthème que se manifestent les évacuations urinaires et alvines, et que l'altération des sécrétions se montre constamment comme servant de crise et de moyen de solution aux trois autres affections élémentaires. A l'époque de la dessiccation générale du pemphigus aigu, simultané et successif, et aux diverses époques où cette dessiccation s'établit, ou tend à s'établir dans le pem-

phigus chronique, le ventre s'ouvre, et de grands changemens se manifestent dans les déjections et dans les urines : celles-ci qui étaient restées limpides, rouges, et plus ou moins rares, deviennent abondantes et sédimenteuses; les déjections alvines deviennent considérables, diarrhéiques, et semblables à la purée. C'est toujours par les urines que commence cette double sécrétion critique.

C'est de la combinaison des quatre affections ou *principes immédiats* qui viennent d'être décrits, que résulte le phénomène complexe connu sous le nom de pemphigus.

Marche du pemphigus. Ces quatre affections élémentaires ne se développent pas toutes en même temps : la fièvre se manifeste la première; l'éruption, la seconde; l'affection muqueuse, à peu près en même temps que celle de la peau; et l'altération des sécrétions beaucoup plus tard. Développée la première, la fièvre précède pendant deux ou trois jours l'éruption, qu'ensuite elle accompagne et soutient pendant tout le temps de l'accroissement, c'est-à-dire de la renaissance des phlyctènes. L'altération critique des sécrétions urinaires et alvines se développe la dernière, accompagne et soutient le décroissement de l'affection cutanée et la terminaison de la fièvre. L'affection muqueuse se résout peu après l'affection fébrile, et en même temps que la cutanée.

La marche générale du pemphigus peut être divisée naturellement en cinq périodes : 1°. *période d'imminence :* naissance de la fièvre et ses deux ou trois premiers mouvemens; 2°. *période d'invasion* : développement de l'éruption; 3°. *période d'accroissement* ou *incrementum :* accroissement des phlyctènes dans la variété simultanée, et leurs variétés successives aiguë et chronique; 4°. *période de décroissement* ou *decrementum :* manifestation des évacuations critiques, correspondant au décroissement de l'affection cutanée et à la cessation de la fièvre; 5°. *période de terminaison :* cessation de tout ce qui reste de la maladie.

En général, que le pemphigus soit simultané ou successif, aigu ou chronique, on reconnaît distinctement la première période dans les symptômes précurseurs qui signalent le prélude fébrile; la *seconde*, dans le développement de l'affection cutanée, ainsi que dans celui de la muqueuse; la troisième, dans l'accroissement des phlyctènes, lorsque le pemphigus est simultané, et dans leur renaissance, lorsqu'il est successif, ainsi que dans la continuation ou le renouvellement de l'affection muqueuse et de l'état fébrile; la quatrième, dans le décroissement général de l'exanthème, ainsi que dans la cessation de la fièvre, et la manifestation des urines sédimenteuses et des selles critiques; la cinquième enfin, dans la dessiccation

complette et la terminaison de l'exanthème, ainsi que dans la cessation des évacuations critiques et le parfait rétablissement de la santé. Ces cinq périodes peuvent être facilement distinguées; il est cependant des cas où les périodes d'imminence et d'invasion se confondent : ce sont ceux où la fièvre n'est pas notable, et ceux où cette affection et l'exanthème éclatent en même temps; mais ces anomalies sont rares, et même alors il existe toujours quelques dérangemens précurseurs, qui, quoique légers, peuvent servir à distinguer la première période. Quant à l'affection muqueuse, comme elle n'est point nécessaire à la distinction des périodes, son absence ne change rien à cet égard.

Durée. La durée du pemphigus varie depuis une semaine jusqu'à plusieurs mois, ou même plusieurs années; sans cesser d'être simple, cette maladie peut être aiguë ou chronique. Les modifications que présentent les phlyctènes, et toutes celles que présentent la marche générale, la durée et la terminaison de la maladie, sont proportionnelles aux modes de développement de l'éruption. Lorsque les phlyctènes se développent simultanément, la maladie affecte une marche régulière, une durée brève, et une terminaison prompte et heureuse. Mais elle s'éloigne d'autant plus de ces caractères, que le développement de l'éruption est plus successif; ainsi, dans le pemphigus de la seconde variété, la marche est moins régulière, la durée moins brève, et la terminaison moins facile, quoique toujours heureuse; ainsi, dans le pemphigus chronique, la marche devient encore plus irrégulière, et la terminaison d'autant moins favorable, que l'éruption a été à la fois plus abondante et de plus longue durée. Ce n'est guère que dans le pemphigus chronique que surviennent, à la suite des phlyctènes, ces ulcérations douloureuses et si difficiles à guérir : ce n'est aussi que dans le pemphigus de cette troisième variété, que la terminaison par la mort ou par quelque maladie consécutive peut avoir lieu.

Considérations sur la nature du pemphigus. Dans le pemphigus, comme dans toutes les maladies, les symptômes qui se manifestent à nos yeux sont les effets d'un dérangement particulier de l'organisation, c'est-à-dire d'une lésion ou altération particulière de quelques organes ou fonctions. C'est cet état morbide de l'organisation qui constitue les causes prochaines ou *immédiates*, ou, comme on dit, la nature essentielle de la maladie.

A. *Causes immédiates du pemphigus.* Tuméfaction, chaleur, douleur, rubéfaction et vésication : voilà les symptômes élémentaires de l'affection cutanée. La tuméfaction indique un dérangement dans la circulation des fluides qui remplissent le

corps réticulaire ; et les caractères de cette tuméfaction indiquent que ce dérangement consiste en autant de petites fluxions distinctes qu'il y a de phlyctènes. La chaleur et la douleur annoncent à la fois une augmentation de l'action organique des capillaires cutanés, une plus grande activité dans l'élaboration, ainsi que dans la conversion à un état moins liquide des humeurs contenues dans les capillaires, et une exaltation très-grande de la sensibilité des parties qui sont le siége de la fluxion. La rubéfaction signale le passage du sang dans des vaisseaux, qui ordinairement ne contiennent que des fluides blancs; enfin la vésication indique l'accroissement vicieux de l'action des exhalans sous-épidermoïques, porté jusqu'au point de donner lieu à un épanchement abondant de sérosité, qui détache l'épiderme du corps réticulaire. La chaleur et la douleur paraissent être des phénomènes secondaires de la tuméfaction, de la rubéfaction et de la vésication, qui elle-même est l'effet des petites fluxions du réseau vasculaire sous-épidermoïque. C'est donc la circulation capillaire des tégumens qui joue le premier rôle dans l'affection cutanée, le siége principal de cette affection est donc dans le système capillaire cutané, et consécutivement dans les vaisseaux exhalans qui s'ouvrent à la surface externe du corps réticulaire. Ainsi le pemphigus est, en dernière analyse, un accroissement vicieux des fonctions qu'exécutent le réseau capillaire et les vaisseaux exhalans sous-épidermoïques. Le caractère distinctif de cet accroissement est de ne point s'étendre continuement sur toute la partie de la peau qui en est le siége, mais de se disséminer et se diviser en autant de points distincts qu'il y a de phlyctènes. Cette cause immédiate locale, prise dans le dérangement des parties affectées, dépend elle-même de la lésion des forces vitales qui animent ces parties, lésion qui consiste dans une exaltation vicieuse de la *contractilité organique insensible* et de la *sensibilité organique* qui président aux fonctions des capillaires et des exhalans de l'organe cutané. Cette exaltation de la sensibilité locale, qui, d'*organique* qu'elle était, s'élève jusqu'au degré qui constitue la sensibilité *animale* ou perceptive est ici l'effet et non la cause de l'engorgement. Mais, outre la lésion des parties solides, il existe quelque changement dans les humeurs qui pénètrent habituellement l'organe cutané; leur quantité est manifestement augmentée. Peut-être aussi y a-t-il une altération particulière dans la composition intime des fluides qui encombrent ainsi le réseau vasculaire de la peau. L'examen chimique de la sérosité exhalée nous a prouvé que cette humeur était de nature albumineuse. Ainsi donc, en remontant d'effet en effet, jusqu'à celui qui, étant le premier, peut être considéré comme la cause des autres, on voit que les

symptômes les plus simples de l'affection cutanée et leur mode de combinaison, indiquent les fonctions dont la lésion produit ces symptômes; que la connaissance de ces fonctions donne celle des parties qui sont le siége principal de cette affection locale; et que ces inductions réunies conduisent à la notion la plus exacte que l'on puisse concevoir de la nature du dérangement primitif et essentiel des parties affectées. Accumulation de fluides albumineux dans le réseau capillaire cutané, et accroissement vicieux des forces vitales qui président aux fonctions de ces vaisseaux et des exhalans sous-épidermoïques, voilà l'idée qu'on peut légitimement se faire de cette lésion primitive qui produit tous les symptômes de l'affection cutanée, et que j'appellerai, d'après l'exemple de quelques pathologistes, *cause immédiate formelle*, puisque c'est d'elle que dépend la forme distinctive du pemphigus.

Mais l'affection cutanée ne constitue pas seule le pemphigus; avec elle concourent une affection fébrile, une affection muqueuse et une altération des sécrétions. Les symptômes de l'état fébrile signalent principalement un dérangement de la circulation générale; il est facile de voir que ce dérangement consiste en une augmentation plus ou moins considérable de l'action du système sanguin, et surtout de l'artériel. Le mode de combinaison de cette affection avec la cutanée nous oblige de conclure que celle-ci est liée à l'affection fébrile par un rapport de dépendance, c'est-à-dire que l'éruption est l'effet de l'affection fébrile. La fièvre précède l'éruption; elle diminue et cesse à mesure que le développement et l'accroissement des phlyctènes s'achèvent; chaque renaissance de l'exanthème est également précédée et soutenue d'une récrudescence fébrile dont l'intensité est toujours proportionnelle à celle de la nouvelle éruption. L'affection fébrile primitive est la cause de l'affection cutanée, qui est secondaire, et qui seule peut être considérée comme symptomatique. Il ne faut pas confondre la fièvre élémentaire du pemphigus avec la fièvre secondaire qui accompagne quelquefois les ulcérations invétérées de la peau pendant les dernières périodes du pemphigus chronique.

On peut légitimement conclure que l'affectiou cutanée est l'effet de l'affection fébrile, que cette multitude de petites fluxions pemphigoïdes qui la constituent est le produit de l'action exercée par la circulation générale sur la circulation cutanée, et que le réseau capillaire et exhalant sous-épidermoïque est l'aboutissant ou le terme de ce mouvement fluxionnaire, dont le système artériel général est l'instrument ou l'agent principal.

L'affection muqueuse est liée de la même manière à l'affection fébrile, elle se développe en même temps que la cutanée;

elle consiste en un engorgement des capillaires des membranes muqueuses, engorgement qui s'élève souvent jusqu'au degré de phlogose vésiculaire; c'est toujours sous l'influence des mouvemens fébriles qu'elle s'exaspère ou se renouvelle. L'affection fébrile est la source des affections cutanée et muqueuse; l'altération des sécrétions en est le dernier terme et la voie de solution. Le mode de combinaison de ce phénomène avec les affections cutanée et muqueuse, dénote que cette lésion des organes sécrétoires est le produit d'une nouvelle et dernière fluxion qui succède à l'engorgement cutané et qui le remplace.

La lésion de la circulation, ou cause immédiate de l'affection fébrile, est ce qu'on peut appeler la *cause immédiate essentielle* ou *principe de la maladie*. La lésion du système capillaire et exhalant de l'organe cutané est la *cause immédiate formelle*, de même que la lésion du système muqueux; la lésion des organes sécrétoires est la troisième et dernière cause immédiate: celle-ci préside aux phénomènes de la terminaison du pemphigus. On est peut-être en droit d'ajouter qu'il se trouve dans la première cause prochaine une altération humorale, une prédominance de la matière albumineuse qui est un des matériaux du sang.

B. *Causes immédiates*. Toutes les causes médiates extérieures capables d'exciter la peau ou les membranes muqueuses se rapportent à la *cause immédiate formelle*: telles sont l'impression insolite de certaines constitutions de l'air, la malpropreté des vêtemens, l'immersion dans les eaux marécageuses, les frictions excitantes, l'attouchement du serpent du Brésil, celui des matières animales sphacélées, les plaies et les ulcérations cutanées dont on accroît l'irritation par des topiques stimulans, etc.; tel est encore l'usage des boissons et des alimens qui ont la propriété d'exciter l'organe cutané.

Il ne paraît pas qu'aucun climat soit plus favorable qu'un autre à la production du pemphigus. Il a été observé dans les contrées du nord comme dans celles du midi; mais c'est en Europe, et notamment en Allemagne, en Angleterre et en France, qu'on l'a rencontré le plus souvent. Il est très-vraisemblable que cela tient à ce que les médecins, plus éclairés dans ces pays que dans quelques autres, ont mieux su le remarquer. Il a été observé dans les Indes, dans le Brésil, aux Etats-Unis; d'après quelques passages des écrits d'Hippocrate il est à peu près certain qu'il a été connu en Grèce. Enfin, si l'on remarque ce que dit Celse sur certains exanthèmes, Aëtius, Paul d'Egine et Avicenne sur les phlyctènes, et Rhazès sur l'*ignis persicus*; si l'on reconnaît l'identité qui paraît exister entre cette maladie et les exanthèmes vésiculaires décrits sous

le nom de phlyctènes par plusieurs autres auteurs, et notamment par Fernel, Sennert, Musitanus, Forestus, etc.; si, dis-je, on ajoute toutes ces données aux faits nombreux que nous avons rapportés dans la première partie, ou que nous avons eu occasion de citer dans la seconde, on sera convaincu que le pemphigus n'est étranger qu'à très-peu de pays, et que presque tous les climats paraissent propres à son développement.

Les faits ne prouvent point que cette maladie soit particulière à aucune saison : elle a été également observée dans le printemps, dans l'automne, dans l'été et dans l'hiver; cependant la saison des chaleurs paraît plus favorable à la production du pemphigus aigu. Mais c'est pendant le froid de l'automne, de l'hiver ou du printemps, que se développent la plupart des cas de pemphigus chronique. Ce n'est pas que le pemphigus aigu ne puisse éclater quelquefois pendant les saisons froides.

Parmi les causes internes ou organiques, on compte des circonstances physiologiques et des circonstances pathologiques: les unes et les autres peuvent être prédisposantes et déterminantes. Aucun âge ne met à l'abri de cette maladie; l'enfance et la jeunesse disposent davantage au pemphigus aigu, la vieillesse est plus sujette au pemphigus chronique. Les deux sexes sont à peu près également disposés aux atteintes de cet exanthème. La diversité des tempéramens n'établit pas non plus de différence notable dans la prédisposition à cette affection; mais elle influe, comme les âges et les saisons, sur la fréquence respective du pemphigus aigu et du chronique. Les tempéramens lymphatiques et les constitutions faibles et ruinées sont plus disposées au pemphigus chronique.

On ne peut pas dire que les affections de l'âme n'influent pas sur la production du pemphigus: on connaît leur effet sur les maladies cutanées. Deux observations, l'une de Dickson, l'autre de Gilibert père, insérées dans la monographie du pemphigus, prouvent que les affections tristes peuvent être une des causes de l'exanthème dont nous traçons l'histoire.

La suppression intempestive des menstrues, des lochies, des hémorroïdes, etc., doit être comptée parmi les causes du pemphigus. En 1783, Dickson vit à l'hôpital d'Edimbourg une femme dont les règles étaient supprimées, et qui, depuis deux ans et demi que durait cette suppression, fut attaquée trois fois de pemphigus aigu. Sennert dit que les phlyctènes peuvent être quelquefois produites chez les femmes par l'aménorrhée. Aëtius avait fait la même remarque. Une femme dont parle Hoffmann avait contracté l'habitude des évacuations sanguines artificielles, pour suppléer aux menstrues, suppri-

mées depuis longtemps; depuis trois ans elle ne s'était point fait tirer de sang, lorsque le pemphigus éclata. Dans une observation de MM. Bouvet et Martin, que contient en détail la monographie du pemphigus, on voit l'affection hémorroïdale à laquelle était sujet le malade, cesser de se faire sentir depuis l'invasion du pemphigus. Une dissertation de Fich prouve que cette maladie peut dépendre de la suppression des lochies. C'est à la cessation subite d'une diarrhée très-forte que M. Hébreart attribue le premier pemphigus dont il a donné l'histoire.

Les circonstances pathologiques qui concourent à la production du pemphigus doivent être mises au rang des causes les plus puissantes et les plus fécondes. Il faut ranger parmi elles toutes les maladies primitives qui se compliquent pendant leur durée avec un pemphigus secondaire symptomatique ou critique. Il y a de nombreux exemples du pemphigus symptomatique et du pemphigus critique. Quelques exemples vont faire connaître le *pemphigus consécutif*, c'est-à-dire dont la cause est un état pathologique antérieur. Le docteur Stewart a décrit un pemphigus qu'il observa à l'hôpital d'Aberdeen: Un jeune soldat attaqué de la rougeole reçut ordre de se mettre en marche, le froid fit rentrer l'exanthème, et au bout de dix jours le pemphigus se montra; un état fébrile précéda et accompagna cette éruption vésiculaire, qui s'étendit successivement sur tout le corps; l'affection muqueuse était caractérisée par un mal de gorge avec difficulté d'avaler; la peau était brûlante; les vésicules s'élevaient sur des taches rougeâtres; elles acquéraient le volume d'une grande noisette, et répandaient un sérum jaunâtre et demi-transparent; le onzième jour la maladie se termina parfaitement bien. Dumas a vu, à Montpellier, un exanthème vésiculaire succéder à une rougeole dont l'éruption n'avait point été supprimée; des vésicules grosses comme le bout du doigt se renouvelèrent sur tout le corps pendant quatre semaines; dès le premier instant de leur naissance, elles avaient la forme des vésicules pemphigoïdes; à mesure qu'elles parvenaient à leur plus grand accroissement elles se remplissaient d'une sérosité qui était limpide; cette affection, peu intense, fut combattue avec succès par des purgatifs toniques. Des observations sur le pemphigus chronique, rapportées dans la monographie citée, prouvent que le rhumatisme peut se résoudre en cet exanthème, sous l'influence d'une vive excitation de l'organe cutané, et que la répercussion de la teigne peut en être l'origine.

Quelque fécondes que soient ces diverses causes, une seule ne suffit point pour produire le pemphigus; il en faut ordinairement plusieurs, dont les unes agissent comme prédispo-

santes, les autres comme déterminantes ou occasionelles. La plupart des faits montrent le concours de plusieurs causes : ainsi, dans le premier cas de pemphigus aigu successif, rapporté dans la Monographie du pemphigus, ce fut l'impression sur la peau des eaux croupissantes d'un marais qui détermina la maladie, à laquelle prédisposaient le tempérament du sujet, et l'agitation produite par un exercice forcé pendant la grande chaleur du jour ; ainsi, dans un autre cas qui appartient à Hoffmann, on a compté parmi les causes prédisposantes la cessation des saignées dont la malade avait contracté l'habitude, et l'abus d'un mauvais régime alimentaire, joint à la vie sédentaire ; et, parmi les causes occasionelles, l'action d'un temps pluvieux et austral, l'usage immodéré du vin d'année pour combattre l'influence de ce temps, et de grands emportemens de colère.

La plupart des circonstances physiologiques ou pathologiques que nous avons classées parmi les causes internes, se rapportent principalement à la cause essentielle ou principe de la maladie, soit parce que leur effet consiste à accroître l'action naturelle du système sanguin, ou à imprimer à la circulation générale l'habitude des mouvemens expansifs dominans, soit parce qu'elles tendent à favoriser la génération d'une trop grande quantité d'albumine : tels sont la suppression des menstrues, des hémorroïdes, des lochies ou de quelques autres évacuations habituelles, l'état inflammatoire de divers organes, et les fièvres de diverse nature, qui produisent secondairement ou consécutivement le pemphigus.

Mais plusieurs des causes médiates s'enchaînent à la fois, et à la cause prochaine essentielle, et à la formelle. Telles sont, par exemple, certaines phlegmasies de la peau ; telle paraît être encore l'hydropisie, qui, d'une part, remplit le corps de matière albumineuse, et de l'autre agit mécaniquement sur les tégumens.

A cette partie de l'histoire étiologique du pemphigus, appartient l'examen de plusieurs questions, dont il est important d'obtenir la solution.

Le pemphigus est-il épidémique? Aucune observation ne prouve que cette maladie, dans l'état simple, ait jamais présenté ce caractère. Les seuls faits qu'on puisse citer en faveur de l'affirmative appartiennent évidemment à l'état compliqué : tels sont le *pemphigus gangrenosus* de Whyteley-Stokes ; le pemphigus des camps, de Thiéry ; le *pemphigus helveticus*, de Langhans ; et la fièvre vésiculaire, de Macbride, qui régna épidémiquement dans le comté de Wicklow, en 1766. Mais puisque, dans tous ces cas sans exception, on reconnaît, outre le pemphigus, la présence d'une maladie de nature épidémi-

que, et puisque c'est cette maladie qui constitue l'élément principal de la complication, peut-on se refuser à conclure que le pemphigus n'est nullement épidémique par lui-même?

Est-il endémique? Les détails dans lesquels nous sommes entrés relativement à l'influence des lieux sur la fréquence de cette maladie ne laissent aucun doute sur ce point.

Est-il contagieux? Cette question mérite d'autant plus d'être soigneusement discutée, qu'elle partage des autorités imposantes. On peut également citer l'opinion de célèbres auteurs en faveur de l'affirmative et de la négative. Linné, Cullen, Vogel, Macbride, Blagden, et beaucoup d'autres, prétendent que le pemphigus est contagieux. C. Pison, Morton, Dickson, et quelques autres, pensent qu'il ne l'est point. Mais que peut l'autorité des noms dans un pareil examen? Ce sont les faits qu'il faut consulter, eux seuls ont le droit de nous convaincre.

Plusieurs faits semblent déposer en faveur de la première opinion. Des trois malades dont parle M. Salabert (*Journal de médecine*, tome LXXXII), le dernier prit la maladie après avoir soigné les deux autres. Whyteley-Stokes prétend que le *pemphigus gangrenosus* d'Irlande se communiquait facilement. Le pemphigus des camps, qui régna à Prague en 1736, était une maladie contagieuse, dit Thiéry. L'épidémie de Suisse, décrite par Langhans, l'était tellement, que, dès qu'une seule personne en était attaquée dans une maison, toutes les autres en étaient bientôt atteintes.

Opposons à ces faits ceux qui déposent en faveur de l'opinion contraire. On compte autant de preuves de la non-contagion qu'il y a d'exemples de pemphigus simple. Dans aucun cas de cette espèce, on n'a vu le pemphigus se communiquer aux personnes qui approchaient les malades. Plusieurs observateurs le disent expressément, et Cullen lui-même, qui professait une opinion contraire, avoue, en parlant du pemphigus que lui fit voir Home, que cette maladie se dissipa promptement sans contagion. Dickson a observé six fois le pemphigus; dans trois cas, la maladie était très-bénigne, et dans trois autres elle était accompagnée de symptômes graves; il s'est convaincu que, dans aucun, elle n'était contagieuse; et ce témoignage a d'autant plus de poids, que ce médecin est un des plus exacts observateurs qui aient décrit le pemphigus simple. Le pemphigus chronique, à raison de sa longue durée et des pansemens qu'il exige, devrait être un des plus capables de répandre la contagion; cependant on ne voit point qu'il ait produit cet effet dans aucun cas.

Enfin, les expériences suivantes vont achever de nous convaincre. M. Husson a inoculé à cinq enfans la matière des vé-

sicules de deux pemphigus, et les piqûres se sont promptement effacées sans donner lieu à la formation d'aucune vésicule (*Recherches historiques et médicales sur la vaccine*, troisième édition, page 144). M. Martin, auteur d'une observation sur la complication du pemphigus et de la vaccine, dit qu'on inocula la matière des vésicules à plusieurs enfans sans qu'il en résultât aucune éruption (*Journal de médecine*, *chirurgie et pharmacie*, tome II, page 225). Ainsi donc le pemphigus n'est point contagieux, et les faits qu'on voudrait citer en faveur de l'opinion contraire, prouvent seulement qu'il peut s'associer quelquefois avec des maladies contagieuses, telles que le typhus, ou bien seulement avec des maladies épidémiques, telles que la fièvre bilieuse.

Genre, espèces et variétés. D'après les recherches précédentes, il est évident que le pemphigus appartient aux phlegmasies cutanées, et qu'il constitue un genre distinct, dont la place doit être entre les exanthèmes aigus et les chroniques, et particulièrement entre la varicelle et les dartres.

Outre les symptômes constans qui caractérisent le pemphigus, on trouve un grand nombre de symptômes variables: quels sont ceux qui doivent être pris pour base de la distinction des espèces et des variétés? La classification des faits nous a conduits par la voie la plus sûre à la solution de cette question.

Tous les différens cas de pemphigus se classent d'abord en deux grandes séries, d'après leur état de simplicité ou de complication.

L'espèce simple se divise en trois variétés : pemphigus aigu simultané, pemphigus aigu successif, et pemphigus chronique.

A. *Espèce simple. Première variété. Pemphigus aigu simultané* (Voyez *Description de la maladie*, observation de M. G.). Pendant l'été de 1811, dit M. Hebreart (*Journal général de médecine*, t. XLIII, p. 376), un enfant de six ans, de la commune de Gentilly, présentait les signes de l'invasion de la petite-vérole; il avait de la fièvre; il vomissait, toussait; et des taches rouges paraissaient sur plusieurs points du corps, notamment sur les cuisses. Le lendemain, de petites vésicules grosses comme des noisettes, et remplies de sérosité, s'élevèrent à l'endroit qu'occupaient les taches rouges; la fièvre cessa, et l'enfant reprit sa gaîté et son appétit ordinaires (*boissons diaphorétiques miellées*). Aux vésicules, qui se rompirent du quatrième au septième jour de leur apparition, succédèrent de petites ulcérations, qui ne tardèrent pas à se cicatriser. La trace de la cicatrice était semblable à celle du bouton vaccinal.

Huit jours avant l'apparition des taches rouges, l'enfant avait eu une diarrhée très-forte, qui s'était arrêtée spontanément la veille de l'invasion des premiers symptômes du pemphigus. Il faut aussi noter que son état d'indigence le privait des moyens de propreté.

Deuxième variété. Pemphigus aigu successif. Madame A...., âgée de soixante ans, d'un tempérament sanguin, ressentit, le 14 pluviose de l'an VI, un accès de fièvre, qui se manifesta par un frisson bien marqué, suivi d'une chaleur considérable. Le lendemain, mêmes symptômes. Le quatrième jour, accès fébrile beaucoup moins violent, mais avec une démangeaison vive par tout le corps, suivi presque subitement d'une éruption de vésicules grosses comme des noisettes, répandues sur toute la surface de la peau, et plus abondantes sur les bras et sur la poitrine; ces vésicules, remplies d'une sérosité jaunâtre, ressemblaient aux phlyctènes que l'on remarque quelquefois sur les extrémités des personnes affectées d'œdème.

Le cinquième, le malaise augmentant, la malade est contrainte de s'aliter.

Le sixième, le docteur Vallot, appelé auprès d'elle, observe les symptômes suivans : douleur de tête légère, toux violente, expectoration difficile, pouls petit et concentré, constipation depuis quatre jours; les vésicules sont moins élevées, un peu aplaties et étendues; on voit de grandes plaques rouges, légèrement saillantes, dures, rénitentes, présentant à leur centre une grosse vésicule, autour de laquelle s'en trouvent de plus petites de la grosseur d'un pois. Toutes ces vésicules renferment une sérosité jaunâtre, qui ne s'oppose pas à leur demi-transparence; plusieurs, que le frottement avait fait ouvrir, présentaient des escarres circulaires de quatre lignes de diamètre. La malade répandait une odeur fétide, qu'elle conserva pendant tout le temps de sa maladie, et qui s'échappait des phlyctènes; la langue était un peu blanchâtre, seulement vers le milieu, sans être sèche; il n'y avait point de nausée. La fièvre reparaissait par intervalles, sous le type double-tierce (*lavement simple, tisane de racine de patience, julep fait avec une once d'oxymel scillitique et quatre grains d'ipécacuanha*).

Le septième, pouls plus développé, toux apaisée, expectoration plus facile, liberté du ventre rétablie, mais lassitude générale et chaleur fort incommode vers les extrémités. L'éruption continue avec énergie; elle paraît sur le visage; les lèvres et la paupière inférieure de l'œil gauche en deviennent le siége. L'intérieur du nez et l'arrière-bouche sont garnis de vésicules très-douloureuses; derrière l'oreille gauche, un écoulement abondant établi depuis le commencement de la maladie, con-

tinue à fournir une liqueur semblable à celle des phlyctènes, et tachant le linge de la même manière.

Le huitième, la malade se trouve assez bien; elle ressent toujours dans les membres la même chaleur.

Le neuvième, pendant la nuit, accès de fièvre sans frisson, sentiment incommode de cuisson par tout le corps, et surtout dans les endroits où les vésicules sont ouvertes; des phlyctènes situées aux plis des aines laissent, après s'être ouvertes, des excoriations douloureuses qui augmentent les souffrances de la malade.

Le onzième, le pouls redevient faible, petit et resserré; il y a agitation; mais, après l'usage de quelques pilules camphrées et nitrées, le sommeil s'établit et le pouls se relève; des vésicules s'ouvrent de temps en temps, celles qui sont placées dans la gorge et le palais rendent la déglutition difficile.

Le treizième, des évacuations alvines se manifestent; le quatorzième, elles deviennent très-fréquentes et sont accompagnées de coliques et d'un abattement général; le pouls est plus petit et plus serré (*Décoction de deux gros de quinquina animée avec un grain de tartrite de potasse antimonié, et q. s. d'alcool nitrique*).

Le quinzième, les coliques diminuent, les selles deviennent moins fréquentes; le pouls se relève, les phlyctènes continuent à s'ouvrir; leur surface se dessèche, et les escarres, en se détachant, laissent sur la peau des plaques d'un rouge foncé, dont le disque est environné d'un cordon noirâtre. La malade se lève de temps en temps malgré sa faiblesse.

Le dix-septième, la dessiccation des vésicules continue; plusieurs se réunissent avant de s'ouvrir.

Le vingt-huitième, toutes les escarres étaient tombées, et l'excoriation des aines et du croupion était guérie. Depuis cette époque, la malade se trouva fort bien; elle fut purgée deux fois, la seconde purgation lui fit rendre quelques débris de vers. Cette femme portait depuis long-temps à la partie externe du genou gauche un ulcère qui fournissait une grande abondance de sérosité. Pendant tout le temps de la maladie, l'écoulement n'avait pas diminué; mais à la fin il disparut, et une cicatrice ferma l'ulcère; la jambe gauche, sur laquelle il était, n'a offert aucune vésicule, tandis que la droite en était couverte, et en présentait de fort grosses (*Recueil périodique de la société de médecine de Paris*, tom. IV).

L'assertion de quelques auteurs sur le danger de l'éruption vésiculaire, qui s'étend jusque dans les voies gastriques, n'est pas exacte dans sa généralité, puisque on connaît plusieurs faits authentiques qui nous présentent, avec ce phénomène,

une terminaison prompte et heureuse (*Monographie du pemphigus*, pag. 34).

Troisième variété. Pemphigus chronique simple. Madame Bernard, âgée de soixante-deux ans, ayant un embonpoint considérable, la peau blanche et le teint animé de vives couleurs, douée d'un caractère gai et plein d'activité, avait eu une jeunesse florissante et exempte de maladie : mariée à l'âge de quarante ans avec un marchand de bois, elle passa dès-lors, de la vie active et laborieuse des champs, à un genre de vie très-sédentaire; son nouvel état l'obligeait de se tenir, pendant toutes les saisons et même quelquefois pendant la nuit, dans un chantier situé sur les rivages du Rhône : à sa quarante-unième année, elle fut atteinte de la gale; traitée brusquement par une méthode répercussive, elle ressentit peu de temps après les premières douleurs d'une affection rhumatismale vague et peu intense, qui, depuis cette époque, s'établit, à différentes reprises, tantôt sur une partie, tantôt sur une autre, et sans acquérir jamais une grande violence.

Mais, en janvier 1811, les douleurs s'étant réveillées avec plus de vivacité, et étant devenues fort incommodes, madame Bernard réclama les secours de l'art, et commença, le 3 du mois, un traitement composé d'une tisane de saponaire et de trèfle d'eau, de pilules de rhubarbe et d'opium, données à des doses toniques, fréquemment répétées, et enfin de frictions faites avec une teinture spiritueuse de camphre et d'opium.

Premier septénaire. Cette femme était au quarantième jour de ce traitement : la peau avait été vivement irritée; l'estomac se relevait de l'état de langueur où il était tombé; les digestions devenaient plus faciles, et l'appétit se soutenait; les douleurs rhumatismales ne se faisaient presque plus sentir lorsque, le 12 février, après deux jours d'un état de malaise, d'agitation et de chaleur générale, se manifestent les premiers phénomènes d'une éruption pemphigoïde : des plaques rouges paraissent sur les extrémités inférieures, au nombre de huit sur la droite, et de cinq sur la gauche; elles sont placées sur les cuisses et les jambes, dans le voisinage des genoux : pendant la journée et la nuit suivante, il s'en développe une dixaine d'autres qui se dispersent plus au loin. Ces plaques sont grandes, les unes, comme des pièces de vingt sous; les autres, comme des écus : elles sont régulièrement terminées, rondes ou ovales, plates dans toute leur étendue, dures, rénitentes, très-peu saillantes, séparées et distantes les unes des autres; quelques-unes très-rapprochées et presque confluentes, d'une couleur pourpre plus vive et plus claire que celle de l'érysipèle, et ne pâlissant que faiblement sous la pression; elles causent à la

malade un sentiment d'ardeur, de tension et de démangeaison, et donnent au toucher une sensation de chaleur assez vive : dix ou douze heures après l'apparition de ces plaques, pour quelques-unes plus tôt, pour d'autres plus tard, on voit sur chacune d'elles s'élever une vésicule ressemblant parfaitement à l'ampoule d'une brûlure ou d'un petit vésicatoire ; développée au centre de l'érythème, cette vésicule se gonfle et s'étend d'abord assez rapidement, puis finit peu à peu par en envahir presque toute la surface ; cependant, le plus souvent elle n'en recouvre que le milieu, laissant libre le bord qui forme autour d'elle une aréole rouge. Pour parvenir au dernier terme de leur accroissement, toutes les vésicules n'emploient pas autant de temps les unes que les autres ; il en est qui, en vingt-quatre heures, acquièrent tout le volume qu'elles doivent avoir, tandis que d'autres demandent deux ou trois jours ; celles-ci sont ordinairement les plus grandes : dans leur entier développement, les plus petites égalent le volume d'un lobe d'amande ou de noisette ; les plus grandes, celui d'un verre de montre, auquel on peut les comparer non-seulement pour leur étendue, mais aussi pour la forme.

Dès leur naissance, les petites comme les grandes sont bombées, pleines, tendues, plus larges que hautes, translucides et d'un jaune pâle et terne : arrivées à leur plus grand accroissement, elles éclatent spontanément ou par l'effet de quelque frottement, et laissent échapper le fluide qu'elles contenaient, ou bien elles commencent par s'affaisser et se rider avant de s'ouvrir. La sérosité qui s'en écoule est limpide, légèrement colorée en jaune fauve ; elle répand une odeur fade, sans fétidité ; elle est très-abondante, et mouille rapidement une grande quantité de linge : ce n'est pas seulement le fluide amassé dans les vésicules qui s'en épanche, c'est de plus une assez grande quantité d'une nouvelle sérosité qu'exhale la base dénudée des phlyctènes plusieurs heures après la rupture.

Cette effusion étant faite, l'épiderme vésiculaire, déchiré et affaissé, commence à se dessécher en se retirant vers les bords des petites plaies, ou bien est entièrement enlevé par le frottement ; la base des phlyctènes découverte se montre sous la forme d'excoriations vives, très-sensibles, humides, et d'un rouge cerise ; peu après, ces plaies se dessèchent et deviennent lisses, brillantes et d'un rouge violet et obscur, à moins qu'affectant un autre mode de terminaison, elles ne finissent par se couvrir de gouttelettes de pus, et, consécutivement, de croûtes squameuses, ainsi que nous le verrons pendant le cours du second septénaire. A mesure que cette dessiccation se fait, les aréoles pourprées, formées par le limbe des plaques, et qui ont déjà perdu de leur largeur sous l'accroisse-

ment des vésicules, deviennent pâles et finissent par s'évanouir: tandis que les phlyctènes naissent, se gonflent et s'étendent, la peau qui les supporte est ardente et douloureuse; mais elle le devient bien plus lorsque les ampoules se rompent et se vident; alors se fait sentir une cuisson vive, des picotemens douloureux, et quelquefois des lancées brûlantes, qui, partant de l'intérieur, et traversant la peau, occasionent de grandes souffrances; à mesure que les vésicules se dessèchent, la douleur change de caractère, et devient prurigineuse. Entre les phlyctènes, la peau est un peu plus colorée que dans l'état ordinaire, plus chaude, tendue, tuméfiée et rénitente. La tuméfaction, assez considérable, n'est pas bornée au derme, le tissu cellulaire sous-cutané en paraît aussi le siége; cependant elle ne va pas jusqu'à altérer la forme naturelle des membres: bien différente de celle de l'œdème, elle n'est point molle; elle résiste sous la pression du doigt qui n'y laisse presque pas d'empreinte.

C'est pendant le 14, le 15 et le 16 février que se vident et commencent à se dessécher les phlyctènes développées pendant le 13 et le 14: durant ces trois jours, de nouvelles vésicules naissent dans le voisinage des précédentes, et s'y développent de la même manière; mais, avant d'en suivre les phases, il faut passer en revue toutes les fonctions, et achever l'inventaire de l'état de vie de tous les organes pendant ces premiers jours de la maladie. Sur les bras et sur le tronc, la peau, douce et modérément chaude, ne présente aucune altération; le visage est plus coloré qu'à l'ordinaire; les yeux sont un peu rouges, les lèvres d'une couleur très-vive; la langue est un peu blanche dans le fond et au milieu; la bouche sèche, la soif modérée, l'appétit conservé sans perversion de goût, sans nausée et sans lésion des facultés digestives; l'abdomen, naturellement très-volumineux, paraît plus dur et plus tendu que de coutume; les selles sont entièrement supprimées, les urines rares, limpides et colorées en rouge; leur émission cause un peu d'ardeur; la respiration est parfaitement libre; il n'y a ni toux ni douleur de poitrine; le pouls est gros, modérément dur; les pulsations en sont très-largement développées et un peu accélérées; tous les soirs, l'accélération devient plus vive, et c'est alors que se font le plus sentir les symptômes muqueux, ainsi que les picotemens et les ardeurs de l'organe cutané. *Cet état de malaise, d'agitation et de chaleur générale*, qui a précédé le développement de l'éruption, se fait sentir tous les jours à l'approche de la nuit, et s'unit, dans sa marche périodique, avec la plus grande accélération des mouvemens du pouls: c'est aussi pendant la durée de ces mouvemens fébriles que paraissent les

phlyctènes, dont la naissance est bientôt suivie de la rémission de cette petite fièvre et d'un sommeil assez paisible. Du reste, la malade ne se trouve point du tout affaiblie ; elle se tient levée pendant une grande partie du jour : les sensations, les fonctions intellectuelles ne présentent aucun dérangement; elle n'a aucune crainte sur l'issue de sa maladie, et se félicite de ne plus sentir ses douleurs rhumatismales. Tel est l'état de toutes les fonctions pendant la durée des premières vésicules, c'est-à-dire pendant le premier septénaire.

Les nouvelles vésicules développées dans le voisinage des premières, à mesure que celles-ci s'ouvraient et se détachaient, sont bientôt accompagnées et suivies d'autres vésicules auxquelles d'autres succèdent encore, de sorte que cette éruption continuant de naître toutes les nuits, jusqu'à la fin du *second septénaire*, sur de nouvelles parties des extrémités inférieures, finit par en envahir toute la surface, excepté seulement la plante des pieds. Ces nouvelles vésicules suivent à peu près la même marche que les précédentes : elles naissent sur des plaques rouges qui les précèdent de quelques heures ; elles parcourent leurs phases d'accroissement, d'évacuation et de dessiccation. En deux, trois, quatre jours, et même cinq, elles s'accompagnent des mêmes douleurs ; mais quelques-unes paraissent subitement sans s'annoncer, comme les précédentes, par une rubéfaction antérieure, ou du moins suivent de si près le développement de l'érythème, qu'elles ne laissent pas le temps de l'apercevoir ; quelques phlyctènes, à l'époque de la dénudation de leurs bases, sont accompagnées de douleurs beaucoup plus lancinantes. Arrivées à leur dernière phase, la plupart se dessèchent rapidement, comme les précédentes, en laissant à la place qu'elles ont occupée des taches d'un rouge obscur, lisses, ou recouvertes encore de débris épidermoïques, qui s'en détachent bientôt ; mais plusieurs affectent un autre mode de dessiccation qui demande quelques jours de plus : au lieu de se dessécher dans les vingt-quatre heures qui suivent l'effusion de la sérosité, les excoriations restent vides et humides pendant quelque temps ; quelquefois même elles se couvrent de gouttelettes de pus ; peu à peu l'humeur qu'elles exhalent finit par s'épaissir autour de l'épiderme déchiré ; il en résulte des croûtes squammeuses, fauves ou brunâtres, inégales, plus ou moins épaisses, dont chacune recouvre en partie ou totalement la base qu'occupait chaque vésicule, et s'en détache au bout de deux à trois jours, sous forme de larges écailles, minces, rugueuses et flexibles. Deux plaies, situées sur la face interne de la jambe droite, ne se dessèchent point : une suppuration plus abondante qu'ailleurs s'y établit, et des douleurs lancinantes extrêmement vives s'y font sentir, surtout pendant la

nuit. Avec l'éruption, l'enflure s'étend sur toute l'étendue des extrémités inférieures; la peau, qui en est le siége, devient rénitente et très-chaude. Comme la situation verticale des jambes augmente l'engorgement, ainsi que la rougeur et la douleur, la malade est contrainte de s'aliter dès les premiers jours de ce second septénaire. Cependant elle conserve un peu d'appétit, et les alimens qu'elle prend sont digérés aisément; la langue très-rouge sur les bords reste blanche sur le milieu; la constipation continue, malgré l'usage des lavemens et de quelques minoratifs; les urines, toujours limpides et colorées, coulent en petite quantité à la fois, et leur émission devient plus ardente; le pouls présente les mêmes caractères que pendant le premier septénaire; le sommeil est souvent interrompu par des crises de douleurs lancinantes; la malade se plaint quelquefois du mal de tête; elle a souvent des frissonnemens légers auxquels succèdent de l'agitation et une chaleur incommode : ces mouvemens fébriles ne suivent aucun type régulier, c'est le plus souvent le soir qu'ils surviennent, et toujours avec très-peu de vigueur; ils se terminent par une légère sueur, quelquefois la malade la ressent à peine.

Pendant la durée du premier septénaire, la malade a été mise à l'usage des eaux mucilagineuses et gélatineuses, qu'on a souvent animées par une décoction d'herbes amères. Pendant la durée du second, on a ajouté quelques boissons légèrement diurétiques, dont l'usage n'a pas augmenté l'excrétion des urines.

Jusqu'au milieu du *troisième septénaire*, l'éruption continue à fournir de temps en temps quelques nouvelles vésicules, sans s'étendre audelà des membres abdominaux; mais le 28 février, *dix-huitième jour de la maladie*, la scène change : les membres thoraciques, libres jusqu'alors de toute affection, commencent à se tuméfier dans toute l'étendue du bras et jusqu'audessous du coude; une chaleur ardente s'y fait sentir, et dès le lendemain ils sont couverts de plaques rouges, dont plusieurs sont déjà garnies de leurs ampoules. En même temps, les urines deviennent plus rares, leur émission est plus douloureuse, la constipation est plus insurmontable; la bouche sèche et la soif assez vive; le pouls plus dur et plus fréquent; depuis deux jours la malade éprouve chaque soir beaucoup plus d'agitation, avec chaleur générale et douleur de tête.

Pendant la fin du *troisième septénaire* et le commencement du *quatrième*, cette éruption continue à se développer, en s'étendant successivement sur les bras et les avant-bras jusqu'aux poignets; les vésicules sont plus abondantes sur l'extrémité supérieure droite que sur la gauche : d'abord plus nombreuses, elles se multiplient chaque nuit à la suite d'un petit mouve-

ment fébrile ; et au bout de cinq jours, s'élèvent au nombre de trente sur un côté ; et de dix-neuf sur l'autre : par leur forme, leur mode de développement et le fluide qui les remplit, elles ressemblent parfaitement aux vésicules des extrémités inférieures ; mais elles en diffèrent sous quelques autres rapports : généralement moins grandes, elles ne passent pas le volume d'un lobe de noisette ou d'amande ; moins douloureuses et exemptes de ces lancées brûlantes qui se font sentir aux jambes, elles ne s'accompagnent guère que de prurit ; la tuméfaction de la peau, qui en est le siége, est moins considérable, et ne paraît pas s'étendre au-dessous du chorion, ou même du corps réticulaire ; mais elle présente le même degré de rénitence ; la rougeur aréolaire est moins grande, et autour de quelques-unes, elle est presque imperceptible : ces phlyctènes ont une marche plus rapide ; elles acquièrent tout leur accroissement en vingt-quatre ou quarante-huit heures, se rompent et se vident au second ou troisième jour, ne répandent pas, à beaucoup près, une aussi grande quantité de sérosité, ne laissent pas des plaies aussi tardives à se guérir, se dessèchent très-promptement en petites écailles brunâtres, qui tombent bientôt après ; plusieurs vésicules ne s'ouvrent point, et, sans répandre leur fluide, se rident, s'affaissent, se dessèchent peu à peu, et finissent par se convertir en croûtes épaisses, saillantes, granuleuses, ressemblant à de petites masses de cire jaune, brunissant ensuite, laissant suinter de leur base un peu de pus, et tombant au bout de deux, trois ou quatre jours, chacune en une seule pièce, qu'on trouve concave audessous ; les taches qu'elles laissent sur la peau sont d'un rouge obscur, sans enfoncement et sans cicatrice : si on ouvre une de ces vésicules pendant qu'elles se dessèchent, il s'en écoule un peu de sérosité, et cependant la vésicule ne s'affaisse pas : en la pinçant avec le doigt et l'arrachant, on aperçoit que la petite cloche épidermoïque est tapissée d'une couche de sérosité coagulée, demi-transparente, et semblable à du blanc d'œuf à moitié cuit. L'éruption vésiculaire, en s'étendant des extrémités inférieures aux supérieures, n'a pas atteint le tronc ni la tête ; cependant, à l'époque où le bras droit était le plus couvert de phlyctènes, il parut une vésicule sur le petit lobe de l'oreille droite, une autre audessous de ce lobe, et deux ou trois sous le pli du sein du même côté, ainsi que sur les grandes lèvres : ces vésicules ne durèrent qu'un à deux jours.

Pendant le *quatrième septénaire*, un changement notable se manifeste dans l'état des fonctions internes et dans la marche de l'éruption. Le 6 mars, *vingt quatrième jour de la maladie*, l'éruption suivait encore la même marche ; les extrémités supérieures, qui, depuis six jours, en avaient partagé le siége,

présentaient en même temps des vésicules récemment développées et encore entières, de petites plaies commençant à se dessécher ou déjà sèches, et des croûtes rugueuses, épaisses, adhérentes au derme, ou prêtes à s'en détacher; les extrémités inférieures, couvertes dans différens points de leur surface d'anciennes taches presque effacées, de squammes noirâtres tombant en lames, de vieilles plaies changées en ulcères, et d'excoriations récentes encore humides, et couvertes ou dénudées de l'épiderme vésiculaire déchiré, présentaient au milieu de ces débris, une dixaine de vésicules nouvellement écloses, de diverses grandeurs, pleines de sérosité, entourées de limbes rouges, et dispersées sur les cuisses, les jambes et le coude-pied. Mais, à cette époque s'arrête ce développement successif et régulier de l'exanthème : dès le 7 mars, *vingt-cinquième jour de la maladie*, il ne paraît plus que de loin à loin quelques vésicules solitaires : toutes les anciennes se dessèchent, la tuméfaction des régions cutanées qui en sont le siége diminue rapidement, ainsi que la rénitence, la rougeur la chaleur, et les douleurs lancinantes; l'abdomen s'affaisse et reprend sa souplesse ordinaire : en même temps, et dès le même jour, les urines qui avaient été jusqu'alors limpides et rares, commencent à devenir troubles, abondantes et colorées en rouge brun; conservées pendant plusieurs heures dans un verre, elles acquièrent une teinte noirâtre, se couvrent d'une pellicule qui a un aspect huileux, et laissent précipiter un sédiment blanchâtre très-considérable; dès le lendemain, *vingt sixième jour de la maladie*, le ventre s'ouvre spontanément; les déjections deviennent fréquentes et abondantes; elles sont diarrhéiques, jaunes, très-fétides, et ressemblent à de la purée de pois; les mouvemens fébriles ne se font plus sentir; la langue, blanche, devient légèrement brune dans le fond et le milieu; la malade conserve quelque appétit; elle mange surtout des végétaux qu'elle appète vivement, tels que la chicorée amère, les épinards, le cresson, les asperges, les scorsonères, etc. (*pendant le troisième et le quatrième septénaire, le traitement est le même que dans le second*). Le 9 mars, *vingt-septième jour de la maladie*, les choses sont encore dans le même état (*on donne de l'oximel scillitique*). Le vingt-huitième, les urines déposent moins; le vingt-neuvième et le trentième elles ne déposent plus et sont rouges sans être noirâtres; leur émission devient plus douloureuse; les selles, réduites d'abord au nombre de deux par jour, se suppriment pendant le trente-unième et le trente-deuxième; mais alors les urines recommencent à déposer, et du trente-troisième au trente-sixième, elles coulent assez abondamment et déposent encore deux fois; leur émission est moins ardente, les jours où elles ne laissent pas précipiter de dépôt, il y a

quelques selles liquides (*Dès le trente-unième jour, on a supprimé l'usage de l'oximel scillitique, ainsi que de quelques autres excitans, et remis la malade aux boissons adoucissantes animées par de légers amers*). Pendant ce laps de temps qui comprend la moitié du quatrième septénaire et tout le cinquième, l'éruption réduite à quelques vésicules solitaires qui paraissent tous les deux ou trois jours, tantôt sur les cuisses ou les jambes, tantôt sur les bras, présente quelques variations remarquables dans plusieurs de ses caractères. Les phlyctènes se développent sans qu'on puisse apercevoir leurs érythèmes précurseurs : la plupart sont dépourvues d'aréoles, ou du moins n'en laissent voir que de très-minces; elles n'acquièrent que peu d'étendue, ne donnent que peu de sérosité, et se dessèchent très-promptement. Pendant ce même laps de temps, les dernières vésicules de l'ancienne éruption se dessèchent en causant des demangeaisons très-vives, surtout aux bras; mais les deux petits ulcères qui avaient succédé à deux plaies vésiculaires de la jambe droite ne se guérissent point, il s'en forme deux nouveaux audessous, du côté de la malléole interne, et trois autres sur la face interne de la jambe gauche, lesquelles succèdent également à des plaies de phlyctènes. (*A la fin du cinquième septénaire, tandis que l'éruption se desséchait, et que la tuméfaction de la peau disparaissait, le ventre ayant acquis un volume très-considérable, on a cherché à ranimer l'exhalation séreuse de plusieurs plaies vésiculaires, en les pansant avec un onguent légèrement épispastique, et en même temps on a appliqué deux vésicatoires aux cuisses; celui du côté où étaient les quatre ulcères a été ensuite converti en cautère à l'aide de la potasse caustique.*)

Au *sixième septénaire*, tout l'organe cutané devient d'une sensibilité extrême; dès que la malade change de place ou qu'elle est surprise par un air frais, on aperçoit un léger frémissement qui s'étend sur toute la surface de la peau; les ulcères des jambes deviennent le siége de douleurs horribles, que ne peuvent apaiser ni les cataplasmes, ni les fomentations, ni les onguens, ou plutôt qu'exaspère toute espèce de topiques, soit émolliens, soit sédatifs ou hypnotiques. La fièvre se rallume, et le frisson qui en signale le développement est plus vif qu'au commencement de la maladie; la chaleur qui lui succède est plus forte, et est accompagnée de beaucoup d'agitation, de soif et de mal de tête; une sueur légère termine cet accès; les urines redeviennent rares, ardentes, claires et sans hypostase; les déjections alvines se suppriment (*malgré l'usage d'une tisane de quinquina purgative*); en même temps se développe sur les extrémités inférieures une quinzaine de vésicules, dont la plupart affectent de se placer

autour des ulcères des jambes et dans le voisinage des vésicatoires qui sont sur la face interne des cuisses; il n'en paraît qu'un très-petit nombre sur les bras; celles-ci suivent la même marche que celles qui y existaient antérieurement, mais se convertissent le plus souvent, sans se rompre, en petites croûtes rugueuses, jaunes brunâtres, qui causent beaucoup de démangeaisons : les ampoules des jambes et des cuisses acquièrent un grand volume; laissent apercevoir, pour la plupart, une petite aréole; croissent pendant deux ou trois jours, deviennent, dans quelques endroits, confluentes; restent encore entières de vingt-quatre à trente-six heures, mais se flétrissent, se rident et s'affaissent dans leur partie la plus supérieure, tandis qu'elles restent pleines dans leur partie la plus déclive, qui forme une poche pendante; et enfin se rompent et se dessèchent en écailles brunâtres; dans quelques-unes, la sérosité se fige en partie, et forme, contre l'épiderme, une couche de matière coagulée, sous laquelle se trouve renfermée la portion de sérosité restée fluide. Quelques-unes de ces grandes phlyctènes des extrémités inférieures présentent une particularité nouvelle : translucides et de couleur jaunâtre pendant les premiers jours de leur développement, elles deviennent opaques, d'un blanc laiteux et quelquefois verdâtre, à mesure qu'elles parviennent à leur plus grand décroissement; ouvertes alors avec la lancette, elles laissent échapper une humeur séreuse dans laquelle se trouvent suspendus des flocons de pus qui en troublent la limpidité; la base de ces vésicules est plus douloureuse et se dessèche plus lentement que les excoriations des autres phlyctènes. La tuméfaction qui accompagne cette nouvelle éruption est peu considérable; les douleurs sont beaucoup plus vives que pendant les premiers septénaires : celles qui se font sentir dans les ulcères des jambes deviennent excessives, surtout durant la nuit, où elles se réveillent par crises très-fréquentes : toute espèce de contact les excitant, on est obligé de tenir le drap de lit et la couverture élevés audessus des jambes, à l'aide d'un appareil convenable. (*Pendant ce premier septénaire, la malade prend du quinquina en décoction, des bouillons d'herbes amères, de la tisane de patience et de scorsonère, et enfin quelques doses d'opium, qui diminuent les douleurs et l'insomnie, mais rendent la constipation plus opiniâtre.*)

Pendant le *septième* et le *huitième septénaire*, l'éruption continue de se renouveler; mais les phlyctènes, moins nombreuses, ne se disséminent que sur les membres abdominaux; il ne s'en développe plus aucune sur les bras. L'ulcération des jambes, quoiqu'ayant creusé le derme, n'est pas profonde; elle diminue d'étendue, donne très-peu de pus, et cause

moins de douleurs. Les urines deviennent de temps en temps sédimenteuses, leur émission ne cause plus d'ardeur. La constipation est moins grande; il y a, tous les deux ou trois jours, quelques selles diarrhéiques bilieuses; les jours où elles ont lieu, les urines sont sans hypostase. La fièvre, qui, depuis la récrudescence de l'éruption (sixième septénaire) s'était fait sentir presque toutes les fois qu'il devait naître de nouvelles phlyctènes, et ordinairement pendant la nuit, change de caractère vers le huitième septénaire; elle se manifeste tous les jours dans l'après-midi, depuis deux ou trois heures jusqu'à six ou sept, et présente chaque fois les trois périodes d'un accès de fièvre intermittente ou double tierce. (*Deux potions cathartiques pendant le huitième septénaire; le quinquina tous les deux jours, et les tisanes mucilagineuses tous les jours.*)

Pendant le *neuvième septénaire*, les vésicules ne paraissent qu'en petit nombre. Une diarrhée bilieuse se déclare et devient abondante; les urines sont rarement sédimenteuses; la langue se nettoie, et n'est qu'un peu blanche dans le fond. Pendant le *dixième*, les ulcères se dessèchent en partie; mais il se développe autour d'eux un assez grand nombre de petites vésicules; la diarrhée diminue et ne reparaît que de loin en loin. Pendant le *onzième*, les phlyctènes contiennent du pus en plus grande proportion; les ulcères se raniment et suppurent de nouveau; les plaies des vésicules voisines suppurent, sillonnent le derme et se réunissent aux anciens ulcères, qu'elles agrandissent, tandis que les douleurs lancinantes s'y réveillent. La fièvre, dont les accès avaient cessé, reparaît, mais très-faiblement, de loin en loin, et surtout après que la malade s'est tenue quelque temps assise sur le bord de son lit et les jambes pendantes.

Pendant le *douzième*, l'exanthème est réduit à un très-petit nombre de phlyctènes. Pendant le *treizième*, quelques vésicules contenant presque toutes plus ou moins de pus mêlé avec la sérosité, se renouvellent sur les jambes et les cuisses.

Pendant le *quatorzième*, il s'en manifeste encore quelques-unes. Une éruption miliaire, dont les boutons sont très-petits, sans rougeur et sans pustule, se développe sur toute la surface des extrémités supérieures, y cause beaucoup de démangeaison, et donne lieu, au bout de huit jours, à une desquamation furfuracée. De temps en temps, durant ces quatre derniers septénaires, les selles sont diarrhéiques, et les urines sédimenteuses.

Pendant le *quinzième* et le *seizième*, on voit reparaître un petit nombre de phlyctènes sur les extrémités inférieures et sur les bras; elles sont très-petites, sans rougeur aréolaire et

souvent remplies de pus; celles des jambes occasionent des douleurs très-vives. A la fin du seizième, il ne s'en développe plus aucune; les ulcères des jambes, qui avaient diminué d'étendue, se dessèchent et se ferment complétement, ne laissant à leur place que des cicatrices violettes, lisses, brillantes, et très-peu enfoncées dans la peau.

Au commencement du *dix-septième*, les écailles des dernières phlyctènes achèvent de tomber, et, le 5 juin, *cent quinzième jour de la maladie*, la peau, complétement nétoyée, ne présente plus à sa superficie que quelques taches d'un rouge sale. Durant ces derniers temps, la diarrhée s'établit à différentes reprises, et devient quelquefois très-abondante; des urines sédimenteuses alternent souvent avec ces déjections, en même temps qu'avec la diminution de l'éruption et la plus grande dessiccation des vésicules: de sorte que ces trois circonstances, 1°. la présence d'un plus grand nombre de phlyctènes; 2°. la fréquence des selles pultacées; 3°. et la qualité hypostatique des urines, se succèdent et se balancent réciproquement. (*Pendant le dernier mois, on continue l'usage interne des toniques; extérieurement, on a recours à l'application de l'eau froide du Rhône, sous forme de fomentation, de lotions, d'aspersions, et même quelquefois en douches sur les ulcères des jambes; en même temps, on provoque et on entretient la diarrhée par des purgatifs.*) Dès le *septième septénaire*, la malade a pu se lever et quitter le lit pendant une partie du jour, mais les fonctions digestives restent languissantes; cependant la malade mange avec beaucoup de plaisir, l'embonpoint n'est pas considérablement diminué.

Pendant le mois de juin, les forces ne se rétablissent qu'imparfaitement. Pendant le mois de juillet, l'abdomen acquiert progressivement un volume considérable; on y sent la fluctuation d'un liquide; la soif devient très-vive, et la digestion pénible. Au commencement d'août, l'ascite fait des progrès; la dyspnée se manifeste, et, le 18, la malade expire, deux mois et demi après la terminaison de la maladie pemphigoïde.

B. *Espèce compliquée.* Le pemphigus est susceptible de se compliquer, soit avec diverses phlegmasies, soit avec diverses fièvres, soit avec d'autres maladies. Si l'on compare, sous le rapport de leur fréquence, le pemphigus simple et le pemphigus compliqué, on se convaincra que celui-ci est beaucoup moins rare que celui-là.

Complication du pemphigus avec la vaccine. La complication du pemphigus avec la vaccine a été observée quelquefois; M. Husson l'a observée sur deux individus, du quatorzième au dix-septième jour de la vaccination, après vingt

heures de fièvre et de malaise. M. Fine a vu un fait de ce genre : la vaccine suivit le cours ordinaire ; mais, dans la nuit du dixième au onzième jour de l'insertion, il survint sur toute l'étendue de la surface du corps, et même sur la plante des pieds de l'enfant (la tête seule ayant été exempte), des plaques de couleur purpurine, ressemblant à celles de la porcelaine, circonscrites, irrégulières dans leur forme, d'un à deux pouces de diamètre, et la plupart confluentes. Le lendemain, douzième jour, il se forma dans le centre de chaque plaque une phlyctène dont la grosseur variait depuis celle d'une pistache dépouillée de son écorce, jusqu'à celle d'un gros haricot blanc. Le troisième jour, les vessies n'existaient déjà plus ; leur durée avait été d'environ trente heures (*Journ. de médec., chirurg., pharm.*, tom. II, pag. 224). On lit dans le même Recueil (tom. II), une observation de M. Martin sur une éruption vésiculaire survenue le quatorzième jour de la vaccination : les vésicules, semblables aux cloches produites par l'eau bouillante, étaient élevées de trois millimètres au-dessus de la peau, et larges de cinq à sept centimètres. M. Odier a vu, dans cinq ou six cas, des boutons vésiculaires remplis d'un fluide limpide comme de l'eau, et entourés à leur base d'une petite aréole ; ils s'étaient manifestés sur tout le corps après le développement de la vaccine, qui n'était point aggravée (*Biblioth. britann.*, vol. XVI). M. Mongenot cite un cas de cette complication survenu le onzième jour de la vaccination (*De la vaccine, considérée comme antidote de la petite vérole*, n°. 67). M. Pages a vu des vésicules remplies d'un fluide clair et entourées d'un cercle rouge se développer à la suite de la petite fièvre vaccinale.

C'est aux approches ou pendant le temps de la dessiccation de la vaccine que se développe le pemphigus. La vaccine se trouvant ordinairement à sa dernière période lorsque sa complication se manifeste, n'est point modifiée par l'autre maladie ; le pemphigus lui-même est d'autant moins modifié, qu'il se développe à une époque plus tardive de la vaccine.

Complication du pemphigus avec l'érysipèle. M. Delabrousse en a consigné un exemple dans le vingt-quatrième volume du Journal de médecine ; un autre fait analogue et très-détaillé a été inséré dans la Monographie du pemphigus. En citer un plus grand nombre ne servirait qu'à présenter des exemples de nuances intermédiaires, dont il est facile de prendre connaissance dans beaucoup d'ouvrages. Il suffira d'avertir que l'on n'entend parler que de l'érysipèle phlycténoïde, c'est-à-dire compliqué avec des ampoules ou vésicules séreuses de diverses grandeurs, pouvant égaler quelquefois le volume d'un œuf, ainsi que le docteur Franck l'a observé, et ressem-

blant aux cloches que l'application des cantharides où la combustion fait naître sur la peau ; car il existe un érysipèle qui est surmonté de petits boutons pustuleux, qu'il ne faut pas confondre avec l'éruption pemphigoïde.

Complication du pemphigus avec la gale. M. Hébreart l'a observée sur un individu âgé de soixante-treize ans. Le douzième jour, les boutons de gale commençaient à se dessécher, lorsqu'il survint une éruption de grosses vésicules, dont les parois transparentes laissaient voir un fluide jaunâtre; elles se déchiraient très facilement, et présentaient, après l'écoulement du fluide, une légère ulcération, qui ne tardait pas à se couvrir de croûtes. Des vésicules semblables se manifestèrent à plusieurs reprises, et conjointement de nouveaux boutons de gale. Ce n'est qu'après une trentaine de frictions avec la pommade soufrée, l'usage intérieur des pilules de soufre et les bains, que l'une et l'autre éruption guérirent entièrement. Qu'on fasse attention que, dans cette complication, comme dans les deux précédentes, l'exanthème pemphigoïde ne joue que le rôle de maladie secondaire et symptomatique (*Journal général de médecine*, tom. XLIII, pag. 370).

Complication du pemphigus avec la gastrite. M. Robert en a observé un exemple, qu'il a publié sous le nom de fièvre vésiculaire (*Journal de médec.*, *chirurg.*, *pharm.*, t. XXIII, pag. 227). Ce n'est plus, dans le cas de ce genre, comme dans le pemphigus simple, une affection vésiculaire liée à l'affection cutanée dont elle suit les périodes; c'est une phlegmasie particulière, qui exerce de grands ravages sur toute la membrane muqueuse des premières voies, s'étend même sur plusieurs viscères voisins, devient indépendante de la maladie primitive, et finit par former, à raison de sa gravité et de l'influence qu'elle exerce sur le pemphigus, l'état pathologique principal de la complication, celui duquel dépend uniquement l'issue de la maladie.

Complication du pemphigus avec la péripneumonie. Elle a été observée par J. P. Franck sur un homme robuste, âgé de trente ans. Ici le pemphigus, secondaire, jouant le rôle d'éruption critique, se manifeste en même temps que la phlegmasie diminue et guérit (*Epit. de curand. hominum morb.*, lib. III, pag. 258).

Complication du pemphigus avec la fièvre bilieuse. On trouve un exemple de cette complication dans Finke (*De morbis biliosis anomalis*, *etc.*, pag. 118) : les fièvres bilieuses régnaient épidémiquement dans les environs de Lyon, lorsque le docteur Sainte-Marie observa un pemphigus qui en était compliqué. Dans le cas observé par Finke, et dans celui qu'a décrit le docteur Sainte-Marie, l'exanthème se développe,

marche et se termine en même temps que la fièvre bilieuse; dans trois cas observés par M. Salabert, l'exanthème ne se manifeste qu'au déclin de cette fièvre, à laquelle il sert de crise (*Journal de médec.*, *chirurg.*, *pharmac.*, t. LXXXII, p. 66). En considérant, dans les deux premiers malades de M. Salabert, la marche de la fièvre, qui va en croissant jusqu'au moment de l'éruption, et qui diminue bientôt après et se termine au bout de trois jours, on ne peut guère se refuser à admettre cette opinion; mais on ne doute plus de son exactitude, lorsque l'on compare ces deux maladies à la troisième, dans laquelle on voit le médecin habile suppléer à la vésication du pemphigus par une vésication artificielle qui produit le même effet.

Complication du pemphigus avec la fièvre adynamique. Selle admet cette complication dans sa Pyrétologie; il dit avoir vu une fois des vésicules pemphigoïdes chez un enfant atteint de fièvre putride : le malade présentait en même temps un exanthème miliaire et de grosses hydatides pleines d'humeur purulente. Parmi les quatre observations sur la fièvre vésiculaire dont parle Macbride, il en est deux dans lesquelles on peut présumer que le pemphigus a fini par se compliquer avec la fièvre adynamique. M. Alibert a vu un pemphigus chronique, qui, au dix-neuvième mois de sa durée, s'est compliqué avec une fièvre adynamique continue, et qui s'est terminé quatorze jours après par la mort. Enfin M. Hébreart a publié un exemple très-propre à faire connaître cette espèce de complication (*Journal de médecine*, tom. XLIII, pag. 378). La fièvre adynamique ne s'est manifestée que le onzième jour: le pemphigus forme la maladie primitive de la complication, tandis que l'adynamie n'est que la maladie secondaire.

Complication du pemphigus avec la fièvre ataxique. M. Savary en a publié une observation fort détaillée dans le Journal de médecine, chirurgie et pharmacie (t. XXII, p. 203) : dans cette observation, on voit que le pemphigus existe d'abord seul pendant les neuf premiers jours de la maladie, que la fièvre ataxique ne se manifeste d'une manière évidente qu'au dixième, et que, dès-lors, les deux maladies marchent ensemble jusqu'à l'époque de la mort, huitième jour de la fièvre ataxique et dix-septième du pemphigus. L'*exanthème séreux ou hydatide* de Charles Pison est une complication de la même espèce; mais elle diffère du cas précédent en ce que la fièvre ataxique s'est développée en même temps que le pemphigus, et a cessé au bout de huit jours et bien avant la terminaison de l'exanthème. Cependant, malgré cette différence de combinaison des deux maladies qui forment la complication, ce fait est analogue à celui dont parle le docteur Savary, sous le rapport de l'état idiopathique du pemphigus;

du moins c'est ce que donne le droit de penser la marche régulière de l'éruption successive pendant et longtemps après la durée des symptômes avec la fièvre ataxique. Parmi les divers cas de pemphigus observés par le docteur Consbruch, il en est un qui présente les signes d'une complication ataxique, mais qui diffère des deux exemples précédens par l'influence considérable que la fièvre ataxique a exercée sur la marche de l'exanthème, qu'elle a compliqué fort tard. Au bout de trois semaines de l'éruption vésiculaire, un enfant fut atteint d'une faiblesse subite : les vésicules s'affaissèrent et disparurent en partie; il survint des convulsions, dans lesquelles l'enfant mourut, malgré l'usage du bain tiède, qui fit reparaître des vésicules.

Est-ce à cette même espèce de complication qu'il faut rapporter la fièvre vésiculaire dont parle Macbride (*Introd. meth. in theor.*, etc., tome II)? Cette maladie régna épidémiquement, en 1766, dans le comté de Wicklow, à vingt milles de Dublin. Elle attaqua seulement les enfans; beaucoup en périrent, jusqu'au moment où les médecins recoururent au quinquina, qui fut très-efficace ; mais quel fond peut-on faire sur une description aussi incomplette?

Dans les observations précédentes, le pemphigus est la maladie primitive de la complication, et c'est la fièvre ataxique qui est secondaire. Dans le cas rapporté par C. Pison, les deux maladies se développent à peu près en même temps. Nous allons voir maintenant, dans les faits suivans, ces deux élémens de la complication se combiner d'une manière toute différente : c'est la fièvre ataxique qui forme la maladie primitive, le pemphigus n'est que secondaire; mais remarquons bien que, dans ce nouveau mode de combinaison, la maladie secondaire peut jouer deux rôles différens : celui d'éruption symptomatique, et celui d'éruption critique.

Dans les fièvres malignes, dit Selle (*Medic. clin.*, p. 120), il paraît souvent de grandes bulles, qui, vidées, laissent des croûtes noires. Les exanthèmes ne sont le plus souvent qu'un symptôme malin, et n'indiquent par eux-mêmes aucune méthode particulière de traitement. Le même auteur parle dans un autre ouvrage (*Pyrétol. méthod.*) d'un pemphigus survenu pendant le cours d'une fièvre lente nerveuse. Il pense que cet exanthème était symptomatique. Burghart a observé un pemphigus critique au dix-septième jour d'une fièvre maligne formidable; plusieurs éruptions miliaires s'étaient manifestées pendant le conrs de cette fièvre, aucune n'en avait diminué la gravité; mais l'éruption pemphigoïde la termina heureusement (*Acta physico-med. nat. cur.*, t. XIII).

Huxham dit, en parlant des fièvres malignes, que l'éruption

des grandes cloches séreuses qui surviennent quelquefois sur le dos, la poitrine, les épaules, etc., au onzième ou quatorzième jour de ces fièvres, produisent communement un grand soulagement.

Complication du pemphigus avec quelques phlegmasies. Le *pemphigus gangrenosus*, observé et décrit par Whyteley-Stokes, présente un caractère assez remarquable pour mériter une description speciale. Cette maladie règne dans diverses provinces d'Irlande; elle n'attaque que les enfans depuis l'âge de trois mois jusqu'à celui de huit à neuf ans, et particulièrement dans la classe indigente. L'approche de cette maladie est quelquefois dénotée, mais rarement, par des taches érysipélateuses livides. Elle consiste en une éruption de vésicules, qui sont promptement suivies d'ulcères, avec suppuration abondante, et tendance rapide à la gangrène. Son siége le plus ordinaire est derrière les oreilles; quelquefois cependant elle se manifeste sur les mains, les pieds, les parties naturelles, la poitrine, au pli des cuisses, au bas-ventre, et dans l'intérieur de la bouche. Il paraît d'abord une ou plusieurs vésicules un peu plus grosses que celles de la petite-vérole; elles augmentent pendant deux ou trois jours, s'ouvrent, et laissent échapper un fluide clair, d'une odeur désagréable, limpide dans la plupart des cas, quelquefois blanchâtre, et d'autres fois jaunâtre. Bientôt ces vésicules se réunissent, et ne forment plus qu'un ulcère douloureux, qui s'étend rapidement; les bords en deviennent livides, la suppuration fétide et très-abondante; en même temps les forces s'épuisent. Quand les vésicules s'ouvrent, l'enfant perd l'appétit, est malingre et peureux; ses chairs deviennent flasques. Les périodes de la maladie ne sont pas régulières; il arrive souvent que, vers le huitième jour, le pouls tombe; la lividité s'étend sur tout l'ulcère; la suppuration et la fétidité augmentent rapidement; l'odeur en est si forte qu'on la sent à une grande distance. La mort survient du dixième au douzième jour; souvent elle est précédée de convulsions, ou bien d'une débilité extrême; quelquefois les oreilles et les yeux perdent leurs fonctions un jour ou deux avant la mort. Cette maladie, ajoute l'observateur, se rencontre plus souvent en été qu'en hiver; elle est fort contagieuse; on l'a vue une fois régner épidémiquement.

En 1736, dit Thierry (*Médec. expérim.*, p. 134), il régna à Prague, parmi les militaires, une maladie contagieuse et très-meurtrière. Les vésicules qui s'élevaient sur la peau étaient de la grandeur d'une noisette, et avaient beaucoup d'analogie avec les phlyctènes des vésicatoires.

Dans le *pemphigus helveticus* de Langhans, les vésicules se manifestèrent, non-seulement sur la peau, mais aussi dans

l'intérieur de la bouche; mais, outre les symptômes du pemphigus et ceux d'une grande irritation cérébrale, compliquée d'une faiblesse extrême, cette maladie présenta les signes d'une affection inflammatoire des tonsilles; et c'est ce qui a fait dire à Cullen que c'était une esquinancie maligne, avec pemphigus symptomatique. Le pemphigus, dans cette épidémie, joue le rôle de maladie secondaire, quelquefois critique (Langhansius, *Acta helvet.*, t. II, p. 260).

Dans les cas suivans, l'éruption pemphigoïde s'associe à une dysenterie maligne, sous forme de maladie secondaire, symptomatique, mais non critique. Selle fut appelé pour une fille de douze ans, qui, depuis quatorze jours, avait la dysenterie. Elle était dans un délire continuel, et poussait de longs gémissemens; la peau était couverte de quantité de pustules brûlantes: en sorte qu'on pouvait regarder la dysenterie comme accompagnée d'une véritable fièvre vésiculaire ou pemphigoïde. On observait en même temps beaucoup de symptômes spasmodiques : yeux fixes; dents serrées; hoquet violent; déjections involontaires de selles bourbeuses, qui n'étaient plus sanguinolentes; émission très-difficile et douloureuse des urines; pouls assez développé et en proportion avec la chaleur; l'extrémité du nez et les sueurs étaient froides. Au bout de cinq jours, cet état fut terminé par la mort (*Obs. de méd.*, trad. par Coray).

Une observation rapportée par Bontius (*De medicina Indorum*) présente un autre exemple de la triple complication de la dysenterie ataxique avec pemphigus symptomatique. Pendant l'épidémie de fièvre synoque qui régna à Londres, en 1672, Morton observa quelques fièvres malignes dysentériques avec des vésicules dispersées sur le cou et la poitrine. Ces fièvres étaient seulement sporadiques, et ne se communiquaient point par contagion.

Complication du pemphigus avec l'œdème. L'apparition des vésicules chez les hydropiques n'a pas toujours une influence avantageuse sur la maladie primitive; le plus souvent elle n'est qu'un impuissant effort de la nature, qui n'aboutit qu'à un soulagement momentané : c'est le seul effet qu'elle produisit sur le roi de Prusse, Frédéric II, au onzième mois d'un hydrothorax, et pendant les quinze derniers jours de la vie de ce grand homme. Que l'infiltration soit essentielle ou symptomatique, si les hydropiques sont très-affaiblis par l'ancienneté de la maladie, par l'âge ou par quelque autre cause, l'éruption est souvent alors incomplette, et bornée à un très-petit nombre de phlyctènes. Le docteur Sainte-Marie a observé chez une religieuse âgée de soixante ans, très-affaiblie, et attaquée

depuis deux mois d'anasarque, une éruption semblable, mais bornée à une seule vésicule grosse comme un œuf, et à plusieurs plaques rouges sans ampoules. C'est sur le coude-pied de la jambe gauche que cet exanthème se manifesta ; la vésicule fut précédée par la rubéfaction de la base, et annoncée quelques heures avant son apparition par des picotemens très-vifs, que la malade comparait à l'effet de plusieurs épingles enfoncées dans la peau ; la phlyctène causa encore de la douleur pendant toute sa durée ; elle donna beaucoup d'eau, et se termina lentement par dessiccation et sans gangrène. Les plaques rouges prirent en même temps une couleur livide qui s'éteignit peu à peu. A mesure que cette petite éruption se terminait, des évacuations alvines abondantes s'établirent, et la malade éprouva un soulagement manifeste, et une diminution considérable de l'hydropisie.

L'éruption vésiculaire qui complique l'œdème s'accompagne souvent d'érysipèle, et c'est alors l'érysipèle pemphigoïde. Ce qui a été dit relativement à l'œdème vésiculaire, s'applique également à l'œdème érysipélato-pemphigoïde. L'infiltration est-elle symptomatique, ou bien les hydropiques sont-ils daus une profonde débilité? non-seulement on ne doit point attendre de cette éruption un grand soulagement, mais encore on doit redouter la terminaison par la gangrène. Dans un pareil état, le travail fluxionnaire qu'exige cette éruption peut user les restes d'une vie qui s'éteint ; les exemples de cette terminaison ne sont pas rares : quelques-uns sont des preuves convaincantes de l'identité qui existe entre le pemphigus et l'éruption vésiculaire de l'érysipèle. Plusienrs ont éprouvé à la fois sur diverses parties et l'érysipèle vésiculaire, et des vésicules sans érysipèle.

Complication du pemphigus avec d'autres maladies. Une observation sur le pemphigus hystérique par le docteur Franck, prouve que cet exanthème peut compliquer aussi les maladies nerveuses chroniques, et leur servir même quelquefois de voie de solution. Une religieuse était tourmentée depuis plusieurs années de convulsions hystériques extrêmement violentes ; elle éprouvait souvent, tantôt dans une partie, tantôt dans une autre, une douleur et une ardeur si fortes, qu'il lui semblait qu'on y appliquait le feu ; la véhémence des douleurs lui arrachait des plaintes continuelles et la rendait furieuse. La partie qui en était le siége paraissait plus chaude au toucher que les autres régions. Quelques remèdes qu'on y appliquât, l'ardeur et la douleur continuaient jusqu'à ce qu'il parût sur la région de la peau où elles se faisaient le plus vivement sentir, des vessies grosses, les unes comme un œuf, les autres

plus petites, et remplies d'une sérosité limpide et jaunâtre. Dès-lors, la douleur disparaissait, et l'humeur étant évacuée des vésicules, la peau revenait à son état naturel aussi promptement que si cette vésication eût été produite par les cantharides. En même temps, la malade recouvrait la santé. M. Mouton a consigné, dans le *Journ. génér. de médec.* (t. XLIII, p. 41), un fait analogue à celui dont parle Franck. Hoffmann parle d'une éruption bulleuse qui se manifesta sur le dos et l'abdomen, et fut *dépuratoire et critique* (*Consultat. et respons. med.*, cas. 123).

Diagnostic. Parmi les symptômes du pemphigus, il n'en est point de plus remarquable, de plus distinctif et de plus constant que *ces vésicules jaunâtres, translucides, variant entre elles par leur volume, se formant spontanément par l'accumulation d'un fluide séreux qui soulève l'épiderme, et se terminant, après deux ou trois jours de durée, par l'effusion de leur fluide, la dénudation de leurs bases rubéfiées, et leur dessiccation en squames ou en croûtes qui se détachent promptement.* Ce phénomène seul suffit pour fonder le diagnostic du pemphigus, considéré génériquement et quelles qu'en soient les espèces et les variétés.

La rougeole, la scarlatine, l'érysipèle, la miliaire, la varicelle et les dartres ont des analogies et des différences avec le pemphigus. On trouve dans la rougeole, la scarlatine et l'érysipèle les quatre affections élémentaires du pemphigus combinées de la même manière, mais la vésication n'existe pas; la rubéfaction, disséminée dans le pemphigus en plaques au moins aussi grandes que les vésicules qu'elles supportent, se manifeste, dans la rougeole et dans la scarlatine, en taches plus petites, plus nombreuses, et d'un rouge plus vif; dans l'érysipèle, elle consiste en un seul érythème continûment étendu sur toute la région qui en est le siége. La tuméfaction, si variable dans le pemphigus, est plus constamment la même dans chacune des autres maladies : légère, limitée presque au corps réticulaire, et divisée comme la rubéfaction dans la rougeole et la scarlatine; considérable, profonde, et continûment étendue, également comme la rubéfaction dans l'érysipèle, la chaleur et la douleur sont en général bien moins intenses et bien moins irrégulières dans ces trois maladies; la douleur surtout, quelquefois si cruelle dans le pemphigus, ne consiste, dans la rougeole et la scarlatine, qu'en un léger prurit.

Dans la rougeole, la scarlatine et l'érysipèle, l'affection fébrile éclate avec plus de violence que dans le pemphigus, est plus continue et plus régulière; un plus grand nombre

d'épiphénomènes l'accompagnent; elle se soutient plus longtemps après le développement de l'affection cutanée.

L'affection muqueuse de la rougeole, porte sur les yeux, le nez et les poumons; celle de la scarlatine sur la gorge et les tonsilles; celle de l'érysipèle sur l'estomac et les intestins. Dans les deux premières maladies, cette affection est de même nature que les phlegmasies catarrhales ordinaires; dans la troisième, elle ne consiste ordinairement qu'en un simple état d'irritation de la muqueuse gastrique sans inflammation; mais dans le pemphigus, elle n'occupe point avec cette constance le même siége, se manifeste tantôt sur certaines régions du système muqueux, et tantôt sur d'autres, consiste quelquefois en un simple état d'irritation, d'autres fois en un état d'inflammation catarrhale, et d'autres fois enfin en une phlogose vésiculaire semblable à celle de la peau.

Dans les quatre maladies, l'altération des sécrétions est à peu près semblable, soit relativement à l'époque de son développement, soit relativement à l'influence qu'elle exerce sur la guérison. Mais, sous le rapport de la nature particulière des humeurs excrétées dans chacune de ces maladies, le défaut d'expériences chimiques ne permet pas de pousser nos comparaisons jusque-là. La rougeole et la scarlatine sont épidémiques; jamais le pemphigus ne présente ce caractère.

La vésication de la miliaire diffère essentiellement de celle du pemphigus; trop de différences séparent ces maladies pour qu'on puisse les confondre. Dans la varicelle, les phlyctènes ne deviennent vésiculaires que quelque temps après leur naissance; leur volume est loin d'égaler celui des vésicules pemphigoïdes, et est à peu près de la même grandeur dans toutes. Ces phlyctènes sont rondes ou élevées en pointe, au lieu d'être plus larges que hautes. Dans celle des variétés de la varicelle, qui présente le plus d'analogie avec le pemphigus, les phlyctènes n'acquièrent jamais un plus grand volume que les boutons varioliques; à mesure qu'elles prennent leur accroissement, l'humeur qu'elles contiennent devient puriforme, leur base se tuméfie davantage, et leur rubéfaction s'étend proportionnellement; elles se dessèchent de la même manière que les pustules de la vaccine, sans rupture et sans effusion. Le pemphigus ne présente aucun de ces caractères.

Toutes les dartres commencent par l'éruption d'une multitude de petits boutons, ou de pustules peu apparentes, disposés en groupes, et d'où s'échappe une humeur ichoreuse et purulente, qui se dessèche en écailles ou en croûtes à mesure qu'elle suinte. Ce mode de génération des croûtes suffirait seul pour distinguer les dartres du pemphigus; mais on trouve encore d'autres différences entre ces maladies. Les dartres af-

fectent toujours une marche chronique, et pendant leur existence la transpiration cutanée est interrompue. Il n'y a rien de semblable dans le pemphigus, qui est plus rare que les dartres, qui ne dépend nullement d'un virus spécifique, qui, enfin, est ordinairement précédé et accompagné d'un mouvement fébrile, caractères que les dartres ne présentent point.

Il y a beaucoup plus d'analogie entre le pemphigus et le zona. Les vésicules du zona sont, en général, moins grandes que celles du pemphigus. Dans l'exanthème pemphigoïde, les aréoles qui sont formées par le disque des plaques rubéfiées ne s'étendent point, ou n'acquièrent que rarement une plus grande largeur; souvent même elles disparaissent tout à fait sous l'accroissement des ampoules; dans le zona, c'est tout le contraire. La tuméfactiou du zona suit la même marche que la rubéfaction, et, sous ce rapport, offre la même différence. Elle consiste principalement dans l'engorgement du corps réticulaire; le tissu cellulaire sous-cutané n'en est jamais le siége. La douleur et la chaleur varient extrêmement; cependant, en général, elles sont très-vives; des picotemens et des lancées déchirantes accompagnent la dessiccation et souvent même se font sentir longtemps après. Sous le rapport du développement de l'exanthème, de sa marche et de sa terminaison, on remarque une très-grande analogie entre le zona et le pemphigus. Mais le siége qu'affecte le zona présente une différence bien remarquable; il est toujours local et disposé en *zone*, soit autour de l'abdomen, soit autour du thorax, soit autour de la tête et des membres. Ce caractère n'est pas tout à fait étranger au pemphigus, ni invariablement constant dans le zona. Identiques par le nombre, la nature et la combinaison des élémens, ainsi que par la marche générale et les causes, le pemphigus et le zona ne forment qu'un seul et même genre de maladie; mais différens par des caractères secondaires très-remarquables, ils constituent deux espèces distinctes du même genre. *Voyez* ZONA.

Sous le nom commun de *dartres phlycténoïdes*, M. Alibert a compris, outre des histoires de zona, quatre observations sur une maladie vésiculaire qui présente tous les caractères du pemphigus. Il est impossible de ne point reconnaître l'identité de cette maladie, lors même qu'on se refuserait à admettre celle du zona. Qu'on lise attentivement ces quatre observations dans l'ouvrage même de M. Alibert, qu'on en compare les caractères avec ceux du pemphigus, et que, l'esprit libre de toute prévention, on prononce sur leur degré d'affinité.

Il est peu d'auteurs qui n'aient comparé l'éruption pemphigoïde aux bulles ou ampoules qu'occasione l'eau bouillante ou les vésicatoires; et, en effet, la ressemblance est très-grande,

Mais les phénomènes constitutifs de la maladie ne se combinent point de la même manière. Dans le pemphigus, la chaleur et la douleur ne se développent qu'après la tuméfaction, souvent même qu'après la vésication, et se manifestent toujours comme l'effet de l'engorgement. Dans les vésications artificielles, c'est tout le contraire : l'engorgement local est constamment l'effet de la douleur; celle-ci se développe toujours la première, et ce n'est qu'après qu'elle s'est fait sentir pendant un temps plus ou moins long, que naissent la tuméfaction, la rubéfaction, et consécutivement les vésicules; c'est toujours ici la douleur qui est la première cause.

Marche, durée du pemphigus. L'observation a fait distinguer dans le pemphigus trois modes de développement de l'éruption : l'un, *simultané;* l'autre, *successif aigu;* et le troisième, *successif chronique.* Cette distinction est établie sur des preuves irréfragables en médecine. De l'ensemble des faits de ces trois modes de développement dépendent nécessairement les principales variations que présente le pemphigus, soit dans la marche et la terminaison de l'affection cutanée, soit dans celles des trois autres affections. Lorsque l'éruption se développe simultanément sur toutes les parties qu'elle doit occuper, la durée de l'exanthème total est la même que celle d'une seule phlyctène, et les quatre phases que nous avons reconnues dans la marche des phlyctènes considérées chacune isolément, marquent précisément la durée de l'exanthème considéré dans sa totalité; mais lorsque l'éruption, au lieu de se faire simultanément, ne se développe que successivement, et que les phlyctènes ne naissent que les unes après les autres, et à diverses époques plus ou moins éloignées entre elles, la marche de l'exanthème entier ne peut plus être celle d'une seule phlyctène : sa durée devient d'autant plus longue, que l'éruption se renouvelle plus souvent, et à des intervalles plus grands. Si, pour compléter son développement, l'exanthème n'emploie que quelques jours, ou même que quelques semaines, sa durée outrepasse celle du pemphigus simultané, mais ne sort pas des limites qui séparent les maladies aiguës des chroniques. Si les vésicules se renouvellent pendant fort longtemps, l'éruption, devenue chronique, compte une durée de plusieurs mois, et même plusieurs années. En général, dans le pemphigus chronique, les phlyctènes parcourent leurs phases avec plus de lenteur que dans le pemphigus aigu. Modérées et souvent presque nulles dans le pemphigus aigu, les douleurs éclatent avec une très-grande violence dans la plupart des cas de pemphigus chronique; c'est dans ces cas que l'on rencontre le plus souvent de grandes vésicules, et, par conséquent, que la rubéfaction est moins apparente, et les aréoles plus minces

et souvent nulles. Etrangère au pemphigus simultané, très-rare dans le pemphigus aigu successif, l'ulcération des plaies termine souvent le pemphigus chronique, et s'y manifeste d'autant plus fréquemment, que l'éruption est en même temps plus longue et plus considérable.

Terminaison. Une guérison parfaite, mais plus ou moins prompte, est la terminaison constante du pemphigus simple de la première et de la seconde variété aiguë. Ce n'est qu'en devenant chronique que le pemphigus perd ce caractère de bénignité, et même, dans cet état, qu'on pourrait regarder comme une sorte de dégénération produite par des causes étrangères à la nature de la maladie, mais non pas toujours au traitement, la terminaison par la mort ne doit pas être considérée comme l'effet unique du pemphigus. Quelquefois c'est une autre maladie qui succède à la terminaison de la phlegmasie vésiculaire, et qui devient elle-même la cause immédiate de la mort; d'autres fois, le pemphigus chronique se termine par la mort immédiatement : mais, dans ces mêmes cas, cette terminaison ne peut pas être uniquement attribuée au pemphigus, puisqu'elle ne survient que lorsque cette maladie, après avoir été simple pendant un temps plus ou moins long, se complique avec quelque autre maladie grave. Enfin, le pemphigus chronique, quoique tendant à une terminaison funeste par l'effet des complications ou des maladies consécutives qu'il entraîne, peut se terminer souvent par la guérison: pour cela, il suffit qu'il ne survienne point de complication dangereuse. Le pemphigus, terminé après peu de temps de durée par la guérison, n'exerce pas d'influence dangereuse sur l'état de santé subséquent; il paraît même laisser les personnes qui l'ont eu dans un état de santé plus parfait, en déterminant une dépuration salutaire. Le pemphigus est susceptible de récidive.

Pronostic. Quelles que soient l'étendue de l'exanthème et l'intensité de la fièvre et l'affection muqueuse, on peut pronostiquer la terminaison heureuse du pemphigus simple par le cours du second septénaire. Le pemphigus simple aigu successif se termine également par la guérison; mais cette terminaison est d'autant plus tardive que le développement de l'éruption s'éloigne plus du premier mode. Le signe qui indique que l'éruption ne renaîtra pas, est l'apparition des urines sédimenteuses et des déjections diarrhéiques à l'époque de la dessiccation générale des phlyctènes et de la cessation de la fièvre. Lorsque le pemphigus chronique n'exerce pas de très-grands ravages sur les tégumens et sur le système muqueux; lorsqu'il n'entraîne point à sa suite l'ensemble de symptômes qu'on désignait par les noms de fièvre hectique et fièvre adynamique,

si l'éruption est très-rare, il est sans aucun danger, quelle que soit sa durée. Mais si la guérison du pemphigus chronique n'est pas accompagnée d'évacuations critiques, régulières et suffisantes, et que l'abdomen reste tuméfié et douloureux, ou la poitrine embarrassée, on doit redouter le prochain développement d'une ascite ou d'un hydrothorax.

Dès le commencement du pemphigus, on peut présumer que la maladie sera chronique, si la fièvre, qui soutient chaque éruption, est faible ou nulle, et qu'entre les mouvemens fébriles il se passe plusieurs jours; si à la fin des premiers septénaires la dessiccation n'est pas accompagnée d'une altération convenable des sécrétions; si les vésicules laissent des plaies très-douloureuses et des ulcérations tardives à se dessécher; si les sujets sont très-avancés en âge, ou affaiblis par des maladies antérieures, ou par des affections morales; et enfin si la marche naturelle de l'exanthème a été dérangée par des médications imprudentes, et surtout par des rubéfians et des vésicatoires. Le pemphigus, qui succède à une autre maladie, peut être salutaire; mais lorsqu'il dégénère en chronique, on doit appréhender qu'il ne se termine lui-même par une maladie consécutive.

Le danger des complications est toujours proportionnel à la gravité de la maladie avec laquelle s'associe le pemphigus, et en même temps au mode de combinaison. En général, la présence du pemphigus aigu n'ajoute aucun danger à celui des maladies qu'il complique; souvent même il le diminue ou le dissipe, selon le mode de la combinaison. Comme le pemphigus chronique est aussi susceptible de se compliquer, il faut alors ajouter au danger particulier de la maladie concomitante, celui qui dépend des ravages qu'a pu faire l'exanthème lui-même.

Traitement. Le pemphigus simple se guérit spontanément. Le médecin doit surveiller chacune des quatre affections élémentaires pour écarter ou régler l'influence de tout ce qui pourrait la troubler depuis le commencement de la maladie jusqu'à sa fin. La diète sévère, un repos général et le séjour du lit conviennent pendant les périodes d'imminence, d'invasion et d'accroissement; les seuls remèdes convenables sont les boissons aqueuses, chaudes et légèrement diaphorétiques, telles que les infusions de violette, les eaux mucilagineuses et gélatineuses, et encore ne faut-il pas en faire abus. Toute médication excitante doit être rigoureusement proscrite pendant toute la durée de ces trois premières périodes; mais pendant celle de décroissement et de terminaison, il faut recourir à des boissons un peu toniques et diurétiques, telles que les décoctions de chicorée, de dent de lion, de racine de patience, etc.

données froides. On peut joindre à ces boissons des bouillons de viande, chargés par décoction de la partie extractive de quelques herbes amères et de quelques racines diurétiques. Le régime alimentaire doit être un peu plus nourrissant.

La meilleure manière de traiter l'exanthème pemphigoïde est de n'y point toucher. Tous les soins de l'art dans le pemphigus simple simultané, consistent bien moins à donner des remèdes qu'à régler convenablement le régime, et préserver les malades de tout ce qui pourrait être nuisible.

Favoriser le développement de l'éruption qui ne se fait qu'à diverses reprises, est le but que l'on doit se proposer pendant les premières périodes du pemphigus aigu successif; la chaleur du lit et l'usage des boissons diaphorétiques suffisent dans le plus grand nombre des cas; et alors ce traitement ne diffère du précédent que par sa durée, qui doit être celle des périodes d'imminence, d'invasion et d'accroissement.

Aux sujets d'une constitution molle et indolente chez lesquels la fièvre est faible et l'éruption rare, on doit donner des boissons aromatiques par petites doses fréquemment répétées, et des bouillons chargés de beaucoup d'osmazome. Cet état de lenteur de la fièvre et de l'éruption a-t-il lieu chez des individus d'un tempérament nerveux et en même temps d'une constitution faible : l'eau de coquelicot donnée à doses excitantes, et dont on soutient l'action sur le système sanguin par quelque infusion aromatique, ou par quelques gouttes de vin d'Espagne, offre dans ce cas le meilleur moyen de favoriser le développement de l'exanthème. Ces boissons doivent toujours être administrées très-chaudes.

L'usage des saignées peut être indiqué par certaines circonstances individuelles, comme la suppression des menstrues ou d'une autre hémorragie, le caractère inflammatoire de la fièvre, et une intensité extrême de la phlogose cutanée ou de la muqueuse : alors il n'est pas douteux qu'elles ne puissent être utiles; mais ces cas sont fort rares.

Un régime plus fortifiant et le quinquina à petites doses conviennent pendant les périodes de décroissement et de terminaison. On donnera en même temps pour boisson des décoctions de chicorée amère, de dent de lion, de patience, de cresson : les émétiques et les purgatifs sont proscrits par l'état d'irritation et souvent même de phlogose vésiculaire de la membrane muqueuse gastrique.

Traitement du pemphigus simple chronique. Quelle que puisse être la durée du pemphigus simple, le traitement est toujours le même pendant les périodes d'imminence, d'invasion, et même durant une partie de celle d'accroissement. A la fin du troisième ou du quatrième septénaire, on doit cesser l'usage de

toute espèce de médication excitante, et attendre les changemens qui peuvent survenir à cette époque dans la marche respective des quatre affections élémentaires. Le calme se rétablit-il dans la circulation en même temps que l'exanthème cesse de renaître, le pemphigus va atteindre sa dernière période. A cette époque, et après la quatrième semaine, on doit proscrire tous les irritans de l'organe cutané et du système de la circulation, pour s'en tenir uniquement à l'usage des mucilagineux et des gélatineux combinés avec des toniques non excitans.

Lorsque le pemphigus chronique devenu une sorte d'habitude de la constitution incapable de se terminer spontanément, lorsque l'irritation fébrile, cutanée et muqueuse, est affaiblie par l'usage du traitement atonique, et surtout que les organes gastriques ne sont plus le siége de l'affection muqueuse élémentaire, il faut s'opposer au renouvellement de la fluxion cutanée par les lotions et applications sur la peau, d'eau végéto-minérale, d'eau-de-vie camphrée, d'eau d'opium, d'eau froide, etc., et exciter la fluxion secondaire sur les organes sécrétoires, par les purgatifs continués plusieurs jours de suite, et dont une tisane amère animée avec un sel purgatif soutient l'effet. Cette dernière médication est pratiquée pendant la matinée; le reste du jour doit être employé à faire usage d'une boisson tonique, légèrement diurétique, telle que la décoction de racine de persil, ou plus simplement le vin blanc sec et mousseux coupé avec de l'eau de réglisse.

Pour prévenir la dégénération des plaies phlycténoïdes en ulcères, il faut empêcher leur dénudation : on y parvient en prenant toutes les précautions possibles, au moment de la rupture des vésicules, pour que l'épiderme, affaissé sur leurs bases, y reste appliqué et les mette à l'abri de tout contact extérieur. L'application de la pellicule qui tapisse l'intérieur des coquilles d'œuf, ou, à son défaut, d'un morceau de linge sec très-fin et de la grandeur de la plaie est le défensif qui réussit le mieux. Il n'y a aucun cas d'indication des onguens, des cataplasmes, des poudres dessiccatives.

Si les crises n'ont été qu'imparfaites, surtout si la résolution de l'exanthème a été soudaine, et qu'il subsiste ou se manifeste un embarras dans l'exercice de quelques fonctions, il faut continuer pendant longtemps les purgatifs et les diurétiques, en combiner ou en atténuer l'usage avec celui des toniques et diriger le régime d'après les circonstances individuelles.

Traitement des complications. La nature suffit à la guérison du pemphigus qui accompagne la vaccine. L'érysipèle pemphigoïde réclame les mêmes remèdes que l'érysipèle simple; dans la gale pemphigoïde, c'est contre l'élément psorique que le traitement doit être dirigé.

On opposera à la complication avec la gastrite les boissons adoucissantes et légèrement diaphorétiques : alors il faut ne chercher à favoriser le développement de l'exanthème que par des moyens incapables de porter une irritation directe ou secondaire sur l'estomac et les intestins, et surtout ne point aller tourmenter des organes enflammés ou près de l'être par des émétiques, des purgatifs ou par des alimens excitans ou pris en trop grande quantité. La vésication et la rubéfaction artificielles des tégumens ne sont guère utiles que lorsqu'une autre phlegmasie que celle des membranes muqueuses est accompagnée secondairement de pemphigus.

Le traitement dans les autres complications doit être combiné en raison de la nature des maladies qui s'associent, et de l'espèce de rapport qui existe entre elles; mais la manière dont le pemphigus s'associe aux élémens de la complication doit surtout modifier le traitement. S'il est primitif et que les autres maladies en soient dépendantes, le traitement de celles-ci doit être subordonné au sien; c'est tout le contraire lorsque l'exanthème n'est que secondaire et symptomatique : ici le traitement principal est indiqué par la maladie primitive. Si le pemphigus et les autres affections sont indépendans entre eux, on réunit les deux traitemens lorsque l'éruption vésiculaire se manifeste au déclin de la maladie primitive. Le traitement doit être surtout fondé par la considération que l'exanthème peut servir de crise : c'est alors que le praticien doit savoir agir vigoureusement, si les efforts de la nature ne suffisent pas pour compléter l'éruption, et ne pas agir du tout s'ils sont suffisans.

Si le pemphigus sert de voie de solution à quelque maladie chronique, il faut respecter le développement de l'exanthème, ou même l'exciter lorsque cela est nécessaire, à moins cependant que la maladie primitive à laquelle vient s'unir cet exanthème ne soit incurable par sa nature.

HIPPOCRATIS *Opera*, *de morbis vulgar.*, lib. II, t. IX, p. 118, édition de Chartier.

CELSI (C.), *De re medica*, lib. V, cap. XXVIII, s. 15.

AETIUS, *Tetrab.* IV, *serm.* II, cap. LXII, p. 807, édition de Bâle; in-fol. 1542.

RHAZES, Lib. XXVII, *tract.* VII, t. II, fol. 319, édition de Venise; in-fol. 1542.

FERNEL, *Univ. med.*, lib. VII, cap. IV, p. 334, édition de Paris; in-fol. 1567.

Aëtius et Fernel ont été copiés par Guillaume Rondelet, Nicolas Lepois, D. Sennert, F. Plater et C. Musitan.

FORESTUS, *Obs. chirurg.*, lib. II, cap. VIII. 1590.

Cet écrivain a publié vraisemblablement la première observation particulière de pemphigus.

SCHENCKIUS, *Obs. medicæ raræ*, etc., lib. VI, obs. 124, pag. 561.

SYDENHAM, *Obs. med. circa morb. acut.*, sect. VI, cap. VI.
SCHULZ (simon), *Ephem. natur. curios.*, dec. I, ann. VI et VII.
SELIGER (charles), *Ephem. natur. curios.*, dec. I, obs. 56, ann. VIII.
SPINOLER (paul), *Obs. medic.*, obs. 92; in-4°. *Francof.*, 1691.
HOFFMANN, *Consult. et resp.*, cas. 123, *et Med. rat.*, part. V.
LAMOTTE, Traité complet de chirurgie, obs. 107. Paris, 1722.
DE LA BROUSSE, Journ. de méd., t. XXIV, p. 178, ann. 1766.
DELICIS, *Amœnit. med.*, dec. V, cap. IX.
FURSTENAU, *Act. nat. cur.*, obs. 18, t. IX.
FRENTZEL, *Ib.*, t. X, p. 260.
THIERRY, *Med. exper.*, part. I, chap. V.
LANGHANS, *Act. helvet.*, t. II, p. 260.
SAUVAGES, *Nosol. method.*, t. I, p. 430, édition d'Amsterdam. 1768.
Linné, Vogel, Macbride, Daniel, Sagar, Plenck, Cullen ont admis plusieurs variétés de pemphigus, et ne paraissent pas l'avoir observé.
KRIDL, *Dissertatio de rosâ bullatâ*; in-4°. *Vindobonæ*, 1782.
JOURNAL des savans, mars 1683.
VAN SWIÉTEN, *Const. epid.*, t. I, p. 125.
BOUGNON, *Consid. pathologico-semeiot.*, fasc. I, p. 321.
TOURTELLE, Elémens de méd., t. II.
FINKE, *De morbis bilios. anom.*, p. 118.
DICKSON, Journ. de médec., chirurg. et pharm., t. LXXX, p. 178, ann. 1789.
MIROGLIO, *Ib.*, t. LXXXI, p. 201.
SALABERT, *Ib.*, t. LXXXII, p. 72, ann. 1790.
BURGHARD, *Nov. act. nat. cur.*, obs. 72, t. III, p. 328.
BLAGDEN, *Medical facts*, t. I, p. 105.
WICHMANN, *Beytrag zur Kentniss des Pemphigus*; in-4°. *Erf.*, 1790.
BRAUNE (C. C. O.), *Versuch ueber den Pemphigus und das Blasenfieber*; c'est-à-dire, Essai sur le pemphigus et la fièvre bulleuse; in-8°. Leipzig, 1795.
BURGMANN, *Dissertatio de febre bullosâ et pemphigo*; in-4°. *Goettingæ*, 1796.
FRANK, *De curand. homin. morb. Manh.*, t. II; in-8°.
REIL, *Memorab. clin.*, fasc. II, sect. VI.
BURSERIUS, *Inst. med. pract.*, t. II; in-8°. *Lips.*, 1798.
CONRADT, *Dissertatio. Affectûs cutanei rarioris historia*; in-4°. *Regiomontis*, 1800.
ROBERT WILLAN, *Descript. and treatm. of cutan. diseases.*
THOMAS, *Pract. of physick.* New-Yorck, 1811.
BOBBA (charles), Mémoire sur le pemphigus ou exanthème vésiculaire; in-8°. Stuttgardt, 1802.
ECKHOULT (C. G.), *De pemphigo. Gron.*, 1810.
BUNEL (J. B. H.), Essai sur le pemphigus; in-4°. Paris, 1811.
VALLOT, Recueil périodique de la société de médecine de Paris, t. IV, p. 292.
JACQUEMIN, *Ib.*, t. XXX, p. 264.
— Rapport sur les mémoires envoyés à la société de médecine de Paris pour le concours sur le pemphigus. *Ib.*, t. XLVI, p. 134.
MOUTON, *Ib.*, t. XLIII, p. 41.
HÉBREARD, *Ib.*, t. XLIII, p. 376.
BUCHAN, Médecine domestique, t. III, p. 210.
LORRY, *Tract. de morb. cutan.*; in-4°. Paris, 1777.
AITKIN, *Systemat. elements of the theory and practice of surgery. London*, 1785.
VACCA-BERLINGHIERI, *Codice elem. de medic. pratic.*, etc. *Venez.*, 1801.
SELLE (ch. T.), *Liber de curand. hominum morbis.* Septième vol.; in-8°. Berlin, 1798.
WINTERBOTTOM (T. M.), *Medic. fact. and observ.*, vol. III, p. 10.

HUFELAND, *Journal des practisch. Heilkund.*, vol. x, p. 97. Jena, 1800.
Voyez aussi, dans le même ouvrage, deux observations de pemphigus symptomatique chronique, vol. xi.

WILSON (philips), *A treatise on febrile diseases*, etc.; in-8°. *Winchester*, 1800.

WALSHMAN, *Mem. of the med. societ. of London*, vol. v, p. 182.

CHRISTIE, *Observ. on pemphigus in a letter to doctor Simmons. London, med. Journ.*, vol. x.

GAITSKELL, *Obs. on pemphigus, memoire of the medic. societ. of London*, vol. iv.

HALL, *Observations on the pemphigus major of Sauvages; by D^r. R. Hall, in Dr Duncan's Annals of medicine for the year* 1799.

On consultera avec fruit les ouvrages sur les maladies de la peau, de MM. Villan et Alibert : on ne peut méconnaître le pemphigus dans la belle gravure qui représente la dartre phlycténoïde de M. Alibert.

M. Robert, de Langres, s'est occupé spécialement, comme MM. Savary et Bidault de Villiers, de recherches historiques sur le pemphigus.

COTTUNNII (dominici), *De sedibus variolarum. Vienn.*, 1771.

On trouve, dans cet ouvrage, des exemples de complication du pemphigus avec la variole. Hufeland a vu ces deux maladies dans l'épidémie de Weymar qu'il a décrite. Il paraît que la complication du pemphigus avec la peste a été observée par S. H. Jackson : MM. Husson et Martin ont tenté sans succès l'inoculation du pemphigus.

GILIBERT (stanislas), Monographie du pemphigus, ou traité de la maladie vésiculaire; 1 vol. in-8°. Paris, 1813.

La société de médecine, en donnant son assentiment à ce travail, regretta de ne pouvoir lui décerner le prix, attendu sa publication, et pour ne pas déroger aux conditions de son programme.

SAVARY, Recherches historiques sur le pemphigus (*Bibliothèque médicale*, t. XLI, p. 168).

Nous leur devons la plus grande partie de cette notice bibliographique.

BIDAULT DE VILLIERS, Recherches et observations sur le pemphigus, son histoire et sa synonymie (*Journal général de médecine*, t. LIV, p. 3).

BRACHET, Observations sur le pemphigus (*Ibid.*, t. LX).

(STANISLAS GILIBERT et MONFALCON)

PENCHANT, s. m., se dit figurément d'une propension, d'une inclination du caractère à quelque action ou affection morale, comme si nous nous courbions vers tel ou tel objet : *propensio* des Latins, *προθυμία* des Grecs.

Sans contredit, l'ame nous paraît essentiellement libre, et si des propensions organiques l'entraînent en leur sens dans plusieurs individus, elle modifie chez d'autres directement le corps pour l'approprier à ses dispositions. Elle agit donc chez ces derniers par sa force, comme dans les premiers par sa faiblesse.

Les propensions corporelles naissent en nous, soit du tempérament, soit de la diverse prépondérance des organes; elles donnent à nos facultés cette pente, sinon insurmontable, du moins habituelle, qu'elle suit d'ordinaire et qui se décèle même dès l'enfance.

Si rien n'était inné en nous, ayant tous une égale aptitude à toutes choses, nous vivrions indéterminés, et tels qu'un mât

de navire que des cordages tendus de tous côtés rendent immobile. Cependant chaque complexion augmentant la force de tels ou tels organes au détriment des autres, imprime dans nous une tendance naturelle à quelque occupation, bien que l'état social en dispose souvent tout autrement. Nous réussissons même en un genre, à proportion de notre inaptitude ou même de notre incapacité pour tout autre, et nous y pénétrons avec d'autant plus d'habileté que nos facultés morales y tendent davantage d'elles-mêmes sans effort. Chaque homme a donc son penchant, son génie, ou l'impulsion native de sa constitution. Tel est propre à mille ouvrages et se mêle également de tout, qui ne peut exceller en rien. Plus nos facultés sont divergentes et éparses, plus elles s'affaiblissent. Un génie qui n'a qu'un penchant bien déterminé, y concentre toutes ses puissances et surpasse les autres en ce point. Par exemple, un mélancolique n'est pas propre à tout, car sa complexion penchant principalement en un sens, y recueille toutes les facultés morales et le détermine au choix d'une occupation avec d'autant plus d'empire que le caractère est plus concentré et qu'il est moins capable de tout autre objet.

Chaque organe ayant d'ailleurs ses fonctions particulières, celle qui possède naturellement, ou qui acquiert par l'habitude et l'éducation un plus grand développement, un surcroît d'activité, entraîne le naturel en son sens. De là vient que le fréquent usage d'un organe nous dispose davantage aux actes auxquels il est approprié : par exemple, l'oreille à la musique, le cerveau à l'étude des lettres ou des sciences, la main aux arts mécaniques, les pieds à la danse ou à la course, les organes sexuels à une vie dissolue, ceux de la nutrition, à l'intempérance, la chaleur du cœur à la guerre, etc. De là vient que les chiens nés d'une race qui chasse héritent du même penchant; leurs membres développés et habitués par ce genre d'action, la propagent dans leurs descendans. Ainsi les sauvages élevés parmi des peuples civilisés conservent un goût dominant pour la vie agreste de leurs pères, et paraissent moins capables d'instruction que nous. *Voyez* HABITUDE et MÉGALANTHROPOGÉNÉSIE.

Puisque les circonstances de notre formation nous impriment un tempérament particulier, une structure spéciale, elles attribuent à notre ame des propensions natives. L'un naît idiot, celui-là doué du plus heureux génie; il en est qu'un penchant dominant entraîne vers un art, une science, à l'exclusion de tout autre; on les voit lutter contre tous les obstacles, abandonner sans peine fortune, repos, plaisirs, exposer leur vie même, pour se livrer invinciblement à leur inclination; dans celui-ci, c'est la passion des armes; dans cet autre, le goût

des lettres; l'un brille par les facultés de l'esprit; l'autre est porté au vice ou à la vertu. De tels penchans sont l'effet de quelque organisation propre, que le docteur Gall attribue à certaines parties du cerveau plutôt qu'à telle autre, mais assez arbitrairement, et qui nous semble tenir, au contraire, à beaucoup d'autres organes du corps humain. Il faut donc être appelé, pour ainsi dire, par la nature: sans elle, nous pouvons peu. Quelle que soit la diversité des dons qu'elle départit à chacun, nul ne doit s'enorgueillir ou s'affliger, puisque ce n'est ni par son mérite, ni par sa faute qu'il est bien ou mal traité: en effet, nul ne peut tirer de la gloire que des choses qui dépendent de lui-même.

En effet, si chacun pouvait tout; si la volonté, l'exercice ou l'étude suffisaient à l'idiot pour égaler Voltaire ou Newton, il se formerait sans doute un grand nombre d'hommes illustres ou de génies heureux, car il serait honteux et blâmable à tout écolier de ne pas atteindre ce but. Mais, de même que la nature a doué chaque animal de son instinct, chaque plante de ses propriétés, correspondantes à leur structure, elle attribue à l'homme plus d'aptitude pour une occupation que pour toute autre; et autant il s'y montre supérieur à ses semblables, autant il leur est inférieur en d'autres sens. Il n'est pas le maître de choisir.

Peut-être ces vocations sont-elles établies par la nature pour l'utilité générale de l'espèce humaine: il existe, en effet, une multitude de dons et de ministères, afin que chaque créature remplissant le devoir imposé par l'éternelle Providence qui a réglé avec tant de prudence la république de l'univers, concoure à ses desseins. Dans la république des abeilles, par exemple, la nature a créé des femelles ou reines, destinées à la ponte, des mâles ou bourdons pour les féconder; des neutres ou mulets pour travailler; et parmi ceux-ci, les uns pétrissent la cire et construisent des cellules hexagones, celles-là dégorgent le miel dans leurs alvéoles; d'autres ont soin des jeunes larves, espérance de la patrie, et leur préparent des nourritures convenables. Cependant chaque abeille suit en cela sa disposition naturelle, quoiqu'elle puisse croire agir librement d'après elle-même; mais chacune n'est qu'un membre d'un corps social, dont la reine est comme le cœur.

Toute proportion gardée, il en arrive autant dans l'espèce humaine, où chacun est comme appelé à ses fonctions par une structure spéciale qui nous a rendus propres à tel ou tel genre d'occupation.

Ces penchans, source du bonheur ou du malheur de notre vie, ne sont donc ni le fruit du travail, ni des circonstances; mais ils naissent en nous et s'y déclarent dès l'enfance. Vaucanson,

encore enfant, observe une grosse horloge, et il se sent né mécanicien. On pourrait dire que comme dans un mélange chimique, chaque substance est attirée vers telle ou telle autre par une affinité spéciale, de même chaque homme, doué d'une disposition naturelle, se porte vers tel ou tel genre d'occupation. Notre ame ne peut trouver son bien-être que dans l'état qui lui convient, et languit lorsqu'elle en est privée; elle force même des organes inhabiles à se prêter à ses vives inclinations. Démosthène, né bègue, surmonte ce vice pour devenir le plus grand des orateurs. Socrate ne peut vivre sans la philosophie, César sans la victoire, Caton d'Utique sans la liberté, Virgile sans les muses :

At mihi primùm dulces antè omnia musæ
Quarum sacra fero, ingenti perculsus amore.

Ces naturels qu'on peut également pousser en toutes les carrières, mais sans y surpasser le vulgaire, ne sont peut-être indéterminés ainsi que parce qu'ils n'ont pas trouvé leur vraie place, ou qu'ils n'osent s'avouer des inclinations basses et serviles. En effet, il est probable que tout individu jouit de quelque direction native, ne fût-ce que celle du tempérament qui s'ouvre ou se ferme selon les circonstances. Peu d'hommes excellent, parce que peu d'hommes tombent dans les emplois qui leur conviennent, surtout parmi les gouvernemens où les rangs sont héréditaires, et voilà ce qui donne plus d'hommes médiocres dans les monarchies, tandis qu'il se rencontre plus de caractères marquans dans les républiques, où le mérite peut se placer de lui-même. En effet, il n'est aucun pays dans lequel les arts et les connaissances ne restent plus imparfaits et plus stationnaires qu'en ces empires de l'Asie, où les enfans sont astreints à suivre toujours la condition de leurs pères, quelque contraires que puissent être leurs dispositions personnelles.

Enfin, il est de ces caractères déterminés (*Voyez* GÉNIE), qu'aucune circonstance, aucun défaut d'organisation n'arrête dans leur essor, et qui manifestent même dans le choix de leur état que l'ame réagit contre le corps. Quoique né délicat, Turenne, dès l'âge de dix ans, veut s'endurcir aux fatigues de la guerre, et on le trouve, par une nuit d'hiver, endormi sur un affût de canon. Il y a donc un ressort inconnu dans l'homme, un sentiment intérieur qui lui révèle sa destinée; dans les grands cœurs, ces penchans s'expriment avec plus d'énergie. Le moral domine leur corps avec tant d'empire qu'il le modifie entièrement à son gré et rompt toutes les barrières qu'on lui oppose.

Les esprits lents ne se mûrissent que par un labeur pénible; mais il en est d'autres frappés presque soudain d'une illumi-

nation de génie, et leur penchant, leur vocation se déclarent. Cette conversion est précédée, d'ordinaire, de grandes émotions d'esprit, de songes, de délires même, d'inquiétudes mélancoliques si véhémentes qu'on ne sait plus à quoi se résoudre sur la terre. L'âme étonnée, et comme en travail, cherche à sonder l'abîme de son être, à se faire jour vers son destin pour s'y abandonner. Tant que nos inclinations diverses se contrebalancent, nous flottons suspendus; si quelques goûts perdent leur force par l'âge ou l'abus de nos facultés, l'équilibre rompu fait pencher la balance en sens contraire. Une passion vive se fortifie par la cessation des moindres, comme l'arrivée du maître fait taire la dispute entre les inférieurs. Ainsi l'ambition a coutume d'opprimer les autres faibles penchans du jeune âge, lorsqu'on arrive à la virilité. Ces conversions s'opèrent surtout parmi ces naturels ardens qui, dominés par les sens dès leur première jeunesse, ont épuisé leur vivacité par des jouissances multipliées. Découvrant alors le néant des plaisirs et n'étant plus contrebalancés par les attraits du corps, l'ame se rejette toute entière dans une extrémité opposée. *Voyez* aussi PASSIONS. (VIREY)

PENDU. C'est le nom que l'on donne à tous les individus qui, soit par l'effet de leur volonté, soit par l'effet de violences étrangères dirigées contre eux, périssent du supplice de la strangulation par suspension.

A une époque où la fatale manie de la mort volontaire est devenue plus fréquente que jamais, et où ce genre de destruction étant celui dont l'appareil est le moins effrayant, le plus commode, et regardé comme le moins douloureux, est aussi celui auquel les malheureux ont le plus fréquent recours: doit-on s'étonner que la malveillance et le crime s'en servent de préférence, comme du moyen le plus favorable pour envelopper de ténèbres leurs affreuses entreprises, et dérouter toutes les poursuites, en couvrant du voile du suicide ce qui ne fut que l'effet du plus odieux attentat? Ne devient-il pas alors plus nécessaire que jamais de rechercher avec le plus grand soin les circonstances qui peuvent faire découvrir la véritable source du crime, afin d'en faire peser toute l'horreur et toute la peine sur son auteur, et éviter à la justice ces grandes erreurs sur lesquelles l'humanité gémit?

Quatre questions principales se présentent ici à examiner, et dans la solution desquelles se trouve tout ce que l'on peut dire sur ce sujet. Nous allons les envisager d'une manière successive.

PREMIÈRE QUESTION. *Comment la mort arrive t-elle dans la suspension, et quels sont les désordres auxquels ce supplice donne lieu, soit dans les parties mêmes soumises à la violence,*

soit dans l'économie toute entière? Cette question peut encore se diviser en deux parties : 1°. il n'y a eu qu'une simple lésion des parties molles, interception du passage de l'air, obstacle insurmontable au retour du sang, et par conséquent mort plus ou moins prompte par asphyxie, ou apoplexie, circonstances sur lesquelles les auteurs ne sont point encore d'accord, quoiqu'ils semblent pencher en faveur de la dernière, malgré, il faut en convenir, que les plus grandes probabilités se réunissent pour la première, ce que je n'ai point l'intention d'examiner. Cette première partie de la question rentre toute entière dans le mot *strangulation*, parce que dans cette dernière, le genre de mort, les désordres qui l'ont occasionée, sont absolument les mêmes que dans la suspension. Je ne m'en occuperai donc nullement, et je renvoie à l'article *strangulation.* 2°. Il se peut qu'aux désordres précédens il s'en joigne d'autres qui se passent sur la colonne cervicale, et donnent lieu à une lésion de la moelle épinière, constamment et promptement mortelle. Ceux-là appartiennent entièrement au mode de strangulation par suspension, et constituent le second genre de mort auquel les pendus succombent.

Depuis longtemps on avait observé que les pendus ne périssaient pas de la même manière, et que la mort qui n'arrivait chez les uns qu'après un temps assez long, était subite chez plusieurs autres. La distinction que je viens d'établir, et que Louis avait déjà reconnue, est l'unique moyen d'en rendre raison. Cet auteur célèbre, frappé de cette particularité et curieux d'en donner la véritable explication, osa consulter lui-même les exécuteurs sur les diverses manœuvres qu'ils employaient. Voici de quelle manière les choses se passent. Lorsque le supplicié n'est soumis qu'à une simple suspension, la lésion des parties dures est sinon impossible, du moins extrêmement difficile : dès-lors la moelle épinière étant intacte, l'individu ne peut périr autrement que par asphyxie ou apoplexie; mais comme rien ici n'est dans le cas de déterminer une mort subite, la durée de la vie doit être en raison de la force de la constitution et de la vigueur du sujet. Seulement il pourrait arriver, si ce dernier était extrêmement lourd, et les ligamens vertébraux relâchés, qu'il se fît sur la moelle un léger tiraillement capable de tuer sur-le-champ. Ces cas sont infiniment rares; mais si, lorsque le corps a été suspendu, on lui imprime en le lançant en l'air un mouvement de torsion, c'est à ce seul mouvement que l'on doit attribuer les désordres du second genre, déchiremens des ligamens vertébraux, luxation ou fracture des vertèbres, lésion de la moelle épinière, et mort instantanée. Cette explication fait aussi connaître pourquoi l'on peut espérer, dans certains cas, de rappeler quelques

pendus à la vie, tandis que dans d'autres toutes les tentatives seraient inutiles. On sent facilement que ces heureuses circonstances ne peuvent se rencontrer que dans le premier genre de mort; dans le second, la vie est perdue sans retour. Tout le monde connaît l'opération ingénieuse pratiquée par un chirurgien sur un fameux voleur de Londres condamné à périr par le supplice de la corde. Cette opération n'était autre chose qu'une petite incision faite aux voies aériennes, dans le but de prévenir la suffocation. Elle ne fut pas suivie de succès, parce que le poids énorme du condamné donna lieu à des désordres irréparables; mais l'on conçoit qu'elle pourrait en avoir dans bien des cas.

SECONDE QUESTION. *A quels signes peut-on reconnaître qu'un homme a été pendu vivant?* D'après les lois connues de la vitalité, cette question est facile à résoudre. En effet, si la suspension a eu lieu du vivant, le trajet de la corde sera marqué par un cercle rouge livide ou noir, preuve évidente d'une inflammation commençante, et qui n'a pu se développer que par l'effet d'une réaction vitale. A ce signe certain se joint encore la série de ceux qui ont lieu dans la strangulation. Ambroise Paré les avait depuis longtemps indiqués, et l'on ne peut se lasser d'admirer son esprit observateur dans la description qu'il en a donnée, laquelle a servi de modèle à toutes celles qui ont été faites depuis. « Si, dit ce père de la chirurgie, le corps a été pendu vif, le vestige du cordeau à la circonférence du cou sera trouvé rouge, livide et noirâtre, et le cuir d'autour amoncelé, replié, et ridé par la compression qu'aura faite la corde, et quelquefois le chef de la trachée-artère rompu, et la seconde vertèbre hors de sa place. Semblablement les bras, les jambes seront trouvés livides ensemble toute la face; il sera trouvé de la bave en la bouche, et de la morve sortant du nez. Au contraire, si le personnage a été pendu étant mort, on ne trouvera les choses telles, car le vestige du cordeau ne sera rouge ni livide, mais de couleur des autres parties. » Il est impossible de rien dire de plus; il est évident que, si la suspension a lieu alors que la vie est éteinte, il ne se développera aucun des phénomènes qui dénotent la lésion des propriétés vitales; mais si au contraire on découvre l'existence d'un certain nombre de signes qui ne peuvent être que l'effet d'une réaction vitale, on peut affirmer avec certitude que la suspension a eu lieu pendant la vie. Cependant il n'est pas impossible que le trajet de la corde ne soit même après la mort, le siége de quelques taches simulant l'ecchymose; mais elles n'en imposeront point à ceux qui ont de l'expérience. Ces sugillations ne sont que des phénomènes cadavériques, et se trouvent toujours placées audessus de l'impression de la corde. A ces

premières remarques on joindra l'examen de toutes les autres parties du corps, soit intérieurement, soit extérieurement, afin de s'assurer s'il n'existe pas une autre cause de mort. *Voyez* STRANGULATION.

TROISIÈME QUESTION. *Par quels moyens pourra-t-on distinguer si la suspension a été l'effet du suicide ou de l'assassinat?* La réponse devient ici plus difficile que dans le cas précédent, et les preuves sont tellement obscures, que le médecin ne peut jamais avoir à cet égard une entière certitude. Dans le plus grand nombre des circonstances, les signes sont, dans l'un et l'autre cas, à très-peu de choses près les mêmes, à l'exception cependant de quelques-uns qui ne sauraient avoir lieu dans le suicide, parce qu'ils supposent l'emploi de violences étrangères, mais ils sont loin d'exister constamment, et leur existence même n'est pas une preuve infaillible; 1°. on a dit qu'il était permis de soupçonner la violence, lorsque la constriction exercée par le lac est telle qu'elle ne pourrait avoir été faite par le simple poids du corps, ce que l'on reconnaît à la profondeur du sillon. On recherchera avec soin s'il y a deux impressions, l'une circulaire, et l'autre oblique : dans le premier cas, il y aurait eu d'abord étranglement, puis suspension. Cette recherche est toujours facile; mais s'il n'y a qu'une seule impression oblique, on la suivra attentivement dans toute son étendue. Si les bords de la peau sont arrondis, souples autour de la corde, ce sera une présomption pour le suicide; mais s'il y a des plis, si l'impression est extrêmement profonde, que le cercle décrit par elle n'ait que deux ou trois pouces, on devra soupçonner l'assassinat, parce qu'il est raisonnable de penser que cet état dépend d'une cause étrangère; mais tous ces signes qui sont d'autant plus sensibles que le lac avait moins de volume, peuvent quelquefois exister à peine lorsque l'on s'est servi d'un lien souple, large et mou, tel serait, par exemple un mouchoir. La grande quantité des parties molles, embrassée dans l'anse, fait que la plupart de ces signes extérieurs se réduisent alors à très-peu de chose.

On examinera soigneusement si le corps ne présente pas quelques traces de violence qui auraient été déterminées par une résistance vigoureuse, ce qui ferait présumer l'assassinat. Mais n'est-il pas possible à plusieurs hommes de se saisir d'un autre, et de lui faire subir la suspension malgré tous ses efforts, et sans qu'il paraisse aucune trace de sa défense? Un homme seul même ne peut-il en attaquer un autre à l'improviste, et le pendre sans qu'il reste sur son corps aucune marque de violence. En outre, les violences extérieures, les contusions ne sauraient être des preuves d'assassinat, puisque l'homme qui se suicide peut les occasioner sur lui-même par les mouvemens

qu'il fait, et par l'effet du désespoir dans lequel ces malheureux se trouvent toujours dans ce terrible moment.

On présumera le suicide si le crime s'est commis dans un lieu où la victime seule a pu pénétrer, comme dans une chambre hermétiquement fermée, en s'assurant bien toutefois qu'il y aurait eu impossibilité absolue pour les assassins de s'évader sans en laisser des marques. On tiendra le plus grand compte surtout de l'état moral de l'individu, de son penchant aux idées sombres et mélancoliques; on aura égard à l'état et à l'arrangement des meubles, au désordre des vêtemens, enfin on ne négligera aucune recherche, car ce cas est l'un de ceux dans lesquels les circonstances les plus légères et les plus inutiles en apparence peuvent être de la plus haute importance, et mettre sur les traces de la vérité. Mais, je le répète, on ne devra presque constamment former que des présomptions sans aucune certitude, de même aussi que l'on ne devra jamais oublier que les assassins sont quelquefois d'une adresse surprenante pour donner à leur crime toute la ressemblance du suicide, et que ce n'est qu'avec l'attention la plus minutieuse que l'on peut arriver, sinon à la certitude, du moins à la probabilité.

QUATRIÈME QUESTION. *Quelle est la conduite que le médecin doit tenir lorsqu'il est appelé à prononcer sur un cas de cette nature?* C'est ici l'une de ces matières que le médecin ne saurait envisager avec trop de prudence et de circonspection, trop approfondir, et à l'égard desquelles il ne saurait s'environner de trop de preuves, et peser avec trop d'attention toutes les circonstances qui peuvent être à sa connaissance, avant de porter un jugement capable de détruire à jamais la sûreté, le repos, l'honneur de personnes peut-être innocentes. C'est parce qu'on n'y a pas toujours attaché une assez haute importance que les annales de la justice nous offrent le tableau de tant d'assassinats juridiques, fruits de rapports au moins téméraires, ou d'une légèreté bien coupable dans les juges. Il ne s'agit plus ici de rechercher les causes de la mort, d'étudier la nature des désordres, dans la seule intention de se livrer à des discussions physiologiques; il se présente des considérations d'un ordre plus élevé et d'un plus haut intérêt. Il s'agit d'éclairer la conscience des juges sur des faits qui leur sont dénoncés, et de dicter, pour ainsi dire, leur jugement sans les exposer à aucun écart; mais quelle prudence ne faut-il pas! Les erreurs de ce genre sont si terribles; le souvenir de l'infortuné Calas devrait toujours être gravé dans la mémoire du magistrat qui prononce, et du médecin rapporteur que le tribunal a investi de sa confiance. Un doute sage, en semblable matière, distinguera toujours l'homme vraiment instruit. *Voyez* ASPHYXIE, IMPRESSION, STRANGULATION. (REYDELLET)

PÉNÉTRANT, adj. : on se sert de cet adjectif en chirurgie pour désigner certaines plaies qui vont de la surface du corps à l'intérieur d'une cavité, faites le plus souvent par un instrument piquant. Les plaies pénétrantes exigent ordinairement le débridement, tant pour retirer les corps étrangers qui pourraient avoir été entraînés à l'intérieur, que pour diminuer l'inflammation des parties qui forment la paroi de ces plaies. *Voyez* PLAIE. (F. V. M.)

PÉNIDE ou ÉPÉNIDE, s. f., en latin *pœnidia, vel saccharum pœnidiatum*, dérivé du grec *αγειν*, agiter, secouer; Lemery pensait que ce nom venait de *pœna*, peine, parce que cette préparation donne de la peine à faire ; la première étymologie paraît la meilleure; on donnait aussi autrefois à ce médicament le nom d'alphenic, *composé de dattes*, lorsqu'on y faisait entrer le produit de la décoction de ce fruit. Les anciens comprenaient sous le nom générique d'électuaire solide, non-seulement les pénides, mais encore les sucres, les pastilles, les pâtes, les rotules et les tablettes. *Voyez* ce dernier mot.

Les pénides ou sucres tors se préparent de deux manières, selon que l'on veut les obtenir blanches et opaques, ou bien claires et transparentes, comme le sucre d'orge. Pour le premier mode, on fait dissoudre du beau sucre dans le produit d'une décoction d'orge, on le cuit à la plume, et le coule chaud sur un marbre huilé ; à demi refroidi, on le malaxe dans les mains enduites d'huile d'amandes douces, jusqu'à ce qu'il ait acquis une certaine ductilité, alors on l'accrochera à un ou plusieurs crochets de fer, on l'allongera et le tortillera comme une corde pour lui donner la figure qu'on voudra ; on aura ainsi un sucre sec, fort blanc, opaque, facile à rompre, d'un goût doux et agréable. Les confiseurs, pour le blanchir, y ajoutent beaucoup d'amidon, ce qui augmente le poids, et le rend pâteux et désagréable à la bouche.

Lorsqu'on veut faire du sucre d'orge, on cuit du sucre à la plume que l'on a coloré avec quelques gouttes de teinture de safran, on le coule sur un marbre huilé, et on le forme en bâtons droits, longs et gros comme le doigt, et on le laisse refroidir; comme le sucre n'a pas été agité et qu'il ne s'y est pas introduit d'air, il a conservé sa transparence. Le sucre d'orge est plus dur, plus lisse et moins cassant que les pénides, de couleur jaune ou citrine, luisant, d'une saveur douce et agréable, et se fondant lentement dans la bouche.

Les pénides et le sucre d'orge possèdent les mêmes propriétés médicinales que les pastilles et les pâtes ; ils ont de plus l'avantage de varier la saveur et la forme des médicamens, dont les malades se lasseraient bientôt par un usage continu. (NACHET)

PÉNIL, s. m., *pecten*, *pubes*, l'os pubis : partie située audessus des organes génitaux où croît le poil.

Le pénil ou le mont de Vénus est une éminence large, arrondie, placée devant le pubis entre les aines. A l'époque de la puberté, elle devient plus saillante et se couvre de poils dont le nombre, la longueur et la couleur varient suivant les individus : leur noirceur et leur abondance coïncident, en général, avec la force. Peu d'animaux présentent, comme l'homme, ce surcroît de poils sur les parties génitales. Le pénil est formé par un tissu cellulaire graisseux, plus abondant en cet endroit que dans les parties voisines. Pour de plus grands détails, *Voyez* MONT DE VÉNUS. (M. P.)

PÉNIS, s. m., : mot latin qu'on a retenu en français pour désigner la verge ou le membre viril. Cet organe que les Latins ont encore appelé *coles*, *membrum virile*, *priapus*, *virga genitalis*, est cylindroïde, membraneux et vasculaire, érectile, situé à la partie inférieure et antérieure de l'abdomen, audessous et au devant de la symphyse des pubis, essentiellement destiné à servir à l'excrétion du fluide séminal et de l'urine.

Hors l'état d'érection, la verge est pour l'ordinaire molle et pendante au devant des bourses. Sa forme, ses dimensions, ses courbures sont différentes dans son état de flaccidité et pendant l'érection ; elle offre, aussi sous ces divers rapports, des variétés individuelles assez nombreuses ; fort souvent un grand développement du membre viril n'est pas une marque d'une constitution plus robuste, mais bien d'irritations plus fréquentes de cette partie et d'une plus grande affluence de liquides. Dans les statues antiques des athlètes, le développement des organes génitaux est proportionnellement moins considérable que celui des autres parties : au contraire, leur volume est énorme chez ceux qui abusent des plaisirs de Vénus. Chez les enfans, un plus grand développement du membre viril donne lieu de soupçonner la masturbation, un calcul dans la vessie ou quelques engorgemens dans le bas-ventre ; une petitesse et une mollesse extraordinaire de la verge, jointes à une grande laxité du scrotum, indiquent beaucoup de faiblesse générale ; de grands excès sont assez souvent suivis de cet affaiblissement, de cette flétrissure des organes génitaux. Une hernie scrotale considérable, une hydrocèle volumineuse, des spasmes, de violentes douleurs de bas-ventre sont fréquemment accompagnées d'une diminution du membre viril, qui paraît comme flétri et retiré dans le bas-ventre.

Le pénis est formé de plusieurs parties distinctes, 1°. du corps caverneux qui est susceptible d'un état momentané de roideur, sans lequel le rapprochement des sexes ne peut avoir lieu ; 2°. de l'urètre qui commence à la vessie, et se

termine à l'extrémité de la verge; 3°. du gland, petit organe spongieux doué d'une vive sensibilité, et dont l'excitation, pendant le coït, provoque l'émission du fluide séminal. La verge emprunte en outre des tégumens une enveloppe extérieure : on lui considère une face supérieure, une face inférieure, deux côtés et deux extrémités, l'une postérieure, et l'autre antérieure.

La face supérieure qu'on nomme aussi le *dos* du pénis, est inclinée en avant, et devient presque postérieure dans l'érection. On voit dans son milieu la veine dorsale de la verge, qui suit le trajet de l'artère du même nom. La face inférieure, inclinée en arrière, regarde la partie antérieure du scrotum; sa partie moyenne offre une saillie longitudinale formée par l'urètre, et, sur cette saillie, un raphé qui se continue avec celui du scrotum. Les deux côtés de la verge sont arrondis et n'offrent rien de remarquable; l'extrémité postérieure ou la racine de la verge est insérée aux os du bassin, et surmontée par le pénil. *Voyez* ce mot. L'extrémité antérieure présente le sommet du gland, chez les uns, bien découvert, vu le peu de longueur du prépuce; chez d'autres, presque entièrement caché par ce dernier.

Du corps caverneux. Fixé aux branches ischio-pubiennes par deux racines qui se joignent au devant de la symphyse du pubis, le corps caverneux est, dans le reste de son étendue, allongé et aplati de haut en bas. Sa division intérieure par une cloison médiane l'a fait considérer par beaucoup d'anatomistes comme formé de deux canaux cylindriques, d'abord isolés, puis adossés; c'est pour cela qu'on dit communément les *corps caverneux;* mais Sabatier, MM. Chaussier et Roux, pensent qu'il n'existe qu'un seul corps caverneux, bifurqué à l'une de ses extrémités pour sa double insertion au bassin. Les deux racines de ce corps, qui ont deux pouces environ de longueur, commencent en pointe un peu audessus des tubérosités sciatiques, et se réunissent au devant de la symphyse; l'espace qui les sépare l'une de l'autre est occupé par beaucoup de graisse et par l'urètre qui le partage très-régulièrement. Le corps unique qui résulte de la réunion des deux racines du corps caverneux, présente à sa face supérieure un sillon longitudinal, qui loge la veine honteuse externe; à sa face inférieure, on en voit un plus large et plus profond, qui reçoit le canal de l'urètre : ces deux parties latérales du corps caverneux sont arrondies et recouvertes par la peau; l'extrémité antérieure est arrondie et s'unit à la base du gland.

Indépendamment de sa double implantation aux branches de l'ischion, le corps caverneux tient à la symphyse du pubis par un faisceau fibreux, aplati transversalement, triangulaire,

ayant sa base en devant, et assez généralement désigné sous le nom de *ligament suspenseur de la verge*. Ce faisceau, très-dense et résistant vers la symphyse, n'a pas des limites bien précises, et, comme le remarque Haller, la traction et le scalpel contribuent beaucoup à en déterminer la figure : il dégénère insensiblement en un tissu blanchâtre, qui sert, pour ainsi dire, au corps caverneux d'enveloppe extérieure.

Le corps caverneux est formé par une membrane extérieure et un tissu spongieux encore peu connu dans sa nature intime. La membrane extérieure est fibreuse, très-épaisse, très-forte, excepté cependant sur les racines, dans la gouttière qui reçoit l'urètre, et à l'extrémité qui soutient le gland, endroit où elle est traversée par une foule de ramifications vasculaires : elle a une teinte d'un blanc opaque en général; ses fibres sont, pour le plus grand nombre, longitudinales. La cavité de cette membrane fibreuse est comme coupée en deux moitiés latérales par une cloison médiane incomplette, qui commence au devant de la symphyse des pubis, mais ne se prolonge pas jusqu'au gland; dans son tiers antérieur environ, elle ne présente que quelques faisceaux fibreux, aplatis, séparés par des intervalles plus ou moins larges.

Le tissu spongieux remplit toute la cavité de la membrane précédente; il semble être un lacis très-compliqué de vaisseaux artériels et veineux, de filamens nerveux probablement et de petites lames fibreuses qui forment, en s'entrecroisant, une multitude de cellules qui communiquent toutes les unes avec les autres, et dans lesquelles on rencontre constamment une plus ou moins grande quantité de sang (*Voyez* CAVERNEUX). Le corps caverneux détermine en grande partie les dimensions de la verge, et lui donne la fermeté qui lui est nécessaire pour remplir l'usage auquel elle est destinée dans l'acte de la génération.

De l'urètre. L'urètre est un canal qui s'étend du col de la vessie à l'extrémité de la verge, et qui donne passage à la semence et à l'urine. Sa longueur, variable suivant l'âge et les individus, est en général de dix à douze pouces chez les adultes; à son origine, il traverse la prostate en se portant en avant et en bas, puis il passe sous la symphyse du pubis pour gagner la face inférieure du corps caverneux qu'il parcourt dans toute sa longueur; enfin il traverse le gland, au sommet duquel il se termine par une ouverture allongée. D'après la disposition et la structure différentes que ce canal présente dans les diverses parties de son étendue, on le divise en *portion prostatique*, *portion membraneuse* et *portion spongieuse.* Dans toute sa longueur, l'urètre est tapissé intérieurement par une membrane muqueuse; les parois de la portion spongieuse sont principalement formées par un tissu spongieux,

qui a beaucoup d'analogie avec celui du corps caverneux. Ce tissu commence devant la portion membraneuse par un renflement très-remarquable, nommé le *bulbe*. *Voyez* URÈTRE.

Du gland. Le gland, continu à l'urètre, et formant l'extrémité de la verge, se présente sous l'apparence d'un cône légèrement aplati dans le même sens que le corps caverneux. Son sommet, couvert par le prépuce, ou libre suivant les individus, est percé par l'orifice de l'urètre; sa base, coupée très-obliquement de haut en bas et d'arrière en avant, embrasse l'extrémité du corps caverneux, et lui est unie par des vaisseaux et par un tissu cellulaire très-dense : elle est circonscrite par un rebord saillant qu'on appelle la *couronne du gland*. Le gland est revêtu par la membrane muqueuse du prépuce; son intérieur est spongieux, érectile et de même nature que celui de l'urètre, seulement il paraît plus ferme et plus dense; sa surface est couverte d'un grand nombre de papilles qui font, de la verge, un organe du toucher très-délicat : pour conserver la sensibilité du gland, et le préserver en même temps des impressions douloureuses, la peau s'étend sur lui, et forme le prépuce. *Voyez* GLAND.

Des tégumens du pénis et du prépuce. La peau du pénis se continue avec celle du scrotum et du pubis; elle est mince, garnie d'un grand nombre de glandes sébacées, surtout à la partie inférieure de la verge : moins blanche que la peau des autres parties du corps, elle offre en arrière quelques poils dont l'extrémité est tournée en avant; elle a audessous d'elle une couche de tissu cellulaire, très-lâche d'abord, mais qui devient dense, blanchâtre et comme membraneux à mesure qu'on l'examine plus près du corps caverneux : jamais ce tissu ne contient de graisse; il se continue manifestement avec le ligament suspenseur de la verge et avec la cloison du dartos. Il est traversé par des vaisseaux et des nerfs. Sur le cadavre, on le distend en y poussant de l'air, qui passe bientôt dans le tissu cellulaire sous-cutané du scrotum, des aines et même de la cuisse; sur le vivant, il se remplit également d'air dans l'emphysème, et d'eau dans l'anasarque. Ce tissu cellulaire avait d'abord été regardé, comme une membrane particulière, par Ruysch, et, d'après lui, par Haller; mais ces deux savans ont ensuite eux-mêmes rétracté leur erreur.

A l'extrémité libre du pénis, la peau forme un prolongement plus ou moins considérable, et terminé par une ouverture plus ou moins grande suivant les sujets. C'est le *prépuce* qui paraît servir d'enveloppe au gland. Il est formé par deux couches membraneuses : l'une, extérieure, cutanée; l'autre, intérieure muqueuse, séparées par du tissu cellulaire. A la partie inférieure du gland, on voit un repli membraneux, triangulaire appelé *frein* ou *filet*. *Voyez* PRÉPUCE.

Muscles du pénis. Ces muscles sont les bulbo-caverneux, ischio-caverneux, et transverses du périnée.

Le bulbo-caverneux, que M. Chaussier appelle *bulbo-uréthral*; Sœmmerring, *musculus accelerator*, naît d'un entrecroisement charnu placé entre l'anus et le bulbe de l'urètre; les fibres charnues vont se perdre sur les côtés du bulbe de l'urètre, et audessous du corps caverneux. Ce muscle comprime la partie postérieure du canal de l'urètre, qu'il porte en arrière et en haut. Il accélère la sortie de l'urine et de la liqueur spermatique.

Le muscle ischio-caverneux, que M. Chaussier appelle *ischio-uréthral*; Sœmmerring, *musculus erector penis*, se fixe au côté interne de la tubérosité sciatique, et dégénère bientôt en une aponévrose, qui s'identifie, au-delà du niveau du bulbe de l'urètre, avec la membrane fibreuse du corps caverneux. Ce muscle tire la racine de la verge en bas et en arrière.

Le muscle transverse du périnée, que M. Chaussier appelle *ischio-périnéal*; Sœmmerring, *transversus perinæi*, se fixe à la partie interne de la tubérosité et de la branche de l'ischion, et se termine à une ligne tendineuse placée entre lui et son semblable. Ce muscle concourt avec le bulbo-caverneux à comprimer l'urètre.

Vaisseaux du pénis. L'artère *pénienne* est une branche de la honteuse interne (*sous-pelvienne*, Chaussier) (*Voyez* PELVIEN). Son volume la fait regarder comme la continuation principale de la honteuse. Elle traverse le muscle transverse du périnée, et remonte ensuite audessus de lui, le long de la branche ascendante de l'ischion. Cachée par le muscle ischio-caverneux, elle parvient à l'intervalle celluleux triangulaire qui sépare les deux racines du corps caverneux, au devant de la symphyse du pubis, où elle se divise en deux rameaux, qu'on appelle *artères dorsale de la verge et du corps caverneux*.

L'artère du corps caverneux, que M. Chaussier appelle *artère profonde du pénis*, s'enfonce dans le côté correspondant du corps caverneux, et se divise aussitôt en plusieurs rameaux secondaires, qui parcourent toute la longueur de ce corps, en donnant en tout sens au tissu spongieux qui le remplit une foule de ramuscules, dont quelques-uns traversent la membrane, et pénètrent dans la portion spongieuse de l'urètre.

L'artère dorsale de la verge, que M. Chaussier appelle *artère superficielle du pénis*, traverse le ligament suspenseur de cet organe, se place sur sa face dorsale, et suit parallèlement celle du côté opposé; sa marche est flexueuse; elle envoie des rameaux multipliés, soit à la membrane fibreuse, soit à la peau. Parvenue près du gland, l'artère dorsale se subdivise, et s'enfonce dans le tissu de ce corps, où il finit.

Le pénis reçoit aussi quelques rameaux artériels de l'artère du périnée, de l'hémorroïdale moyenne et de la fémorale.

Les *veines* principales sont la dorsale et les caverneuses; elles passent sous la symphyse du pubis, et vont s'ouvrir dans un plexus très-considérable qui embrasse la prostate et le col de la vessie, et qui est formé par les veines hypogastriques et par quelques branches de la mésentérique inférieure. Outre ces veines, la verge en a de cutanées qui viennent du prépuce et vont se rendre à la saphène et à la crurale.

Les *vaisseaux lymphatiques* de la verge sont distingués en superficiels et en profonds. Les premiers naissent du prépuce et des tégumens, et vont se rendre aux ganglions inguinaux superficiels. Les lymphatiques profonds naissent de l'urètre et des corps caverneux, pénètrent dans le bassin en accompagnant les branches de l'artère honteuse interne, et vont se jeter dans le plexus hypogastrique.

Nerfs du pénis. Ils sont très-considérables; ils viennent principalement de la seconde, de la troisième et de la quatrième paire de nerfs sacrés.

Etat du pénis dans les différens âges. A la naissance, le pénis, quoique petit, est très-bien formé, et se termine par un prépuce allongé qui couvre exactement le gland. La peau qui le revêt, ainsi que celle des bourses, ne diffère en rien de celle des autres parties du corps. Le corps caverneux, très-court et très-petit, est surtout remarquable par la petite proportion de son tissu spongieux, dans lequel on trouve peu de sang; aussi, comme c'est surtout du gonflement de la partie spongieuse du corps caverneux que dépend l'érection, vous voyez que sur les enfans chez lesquels les organes génitaux sont vivement excités d'une manière sympathique, la verge, quoique érigée, n'a pas augmenté en grosseur, et très-peu en longueur. Je laisse à penser jusqu'à quel point cette érection, fréquemment sollicitée par un vil châtiment dont quelquefois on abuse, peut influer sur le développement précoce des organes génitaux, et les penchans répréhensibles de la jeunesse (M. Roux, *Anatomie descriptive de Bichat*, t. v, p. 241).

A la puberté, la peau du pénis perd sa blancheur, et prend une teinte brune; le pénis grossit, prend plus de longueur; les érections fréquentes font que le prépuce devient plus court et que le gland se découvre un peu. Chacune des parties qui composent le pénis concourt à son augmentation de longueur et de volume. Le tissu spongieux du corps caverneux et du gland se pénètre d'une plus grande quantité de sang, le canal de l'urètre s'élargit.

Le frein du pénis, dans l'enfance, est ordinairement long de manière à s'étendre jusqu'à l'orifice de l'urètre; il est en

même temps très-étroit. C'est parce qu'il conserve en partie ces deux dispositions jusqu'à la puberté que les premières érections, les premiers coïts sont presque toujours douloureux, par l'obstacle qu'il met aux mouvemens du prépuce : obstacle qui, passager dans le plus grand nombre des sujets, peut quelquefois être durable, et assez grand pour exiger la section de ce repli de la membrane du prépuce.

Dans la vieillesse, le pénis est dans un état permanent de flaccidité et de mollesse ; il n'éprouve du reste aucun changement dans l'organisation des parties qui le composent.

Usage du pénis. Cet organe important sert à la copulation ; mais il faut pour cela qu'il soit dans l'état de roideur et de gonflement qu'on nomme *érection*, et qui dépend de l'accumulation du sang dans le tissu spongieux du corps caverneux et de l'urètre. Lorsqu'une irritation chimique, mécanique ou mentale sollicite l'action des organes génitaux, la verge s'allonge, se gonfle et se roidit. On a cherché à expliquer ce phénomène par la compression des veines honteuses qui, dit-on, se trouvent placées entre la symphyse du pubis et la racine de la verge, pressée, tant que l'érection dure, contre cet os par les muscles qui la relèvent ; mais, bien loin d'élever la verge, les muscles du périnée, et principalement les ischio-caverneux, tendent à l'abaisser. Dans le Journal complémentaire de ce Dictionaire (tome IV, page 283), M. Frédéric Tiedmann a inséré une notice sur les corps caverneux de la verge, suivie de quelques réflexions sur le phénomène de l'érection ; il pense que l'érection dépend de la réplétion des plexus veineux par le sang : cette réplétion peut être opérée, selon lui, 1°. par l'afflux plus considérable du sang artériel ; 2°. par le ralentissement de la circulation veineuse ; 3°. par le concours de ces deux causes à la fois.

Quand l'érection a lieu, le pénis change de direction, et devient, par le gonflement de l'urètre, presque triangulaire dans son contour ; il éprouve aussi une courbure légère, accommodée à celle du vagin. Sur chaque individu en particulier, le même degré d'érection détermine toujours la même augmentation de la verge en grosseur et en longueur, et en général ce surcroît momentané de développement est d'autant plus considérable que la verge a des dimensions plus grandes dans l'état de repos. Cependant, comme l'observe M. Roux (ouvrage cité), ce rapport n'est pas constant, et souvent le contraire a lieu, c'est-à-dire que chez quelques hommes, l'érection ajoute peu à un pénis très-gros habituellement, tandis qu'elle donne une longueur et une grosseur considérables à une verge petite et resserrée. Aussi n'y a-t-il pas dans les divers individus qui exercent les organes génitaux autant de

variétés qu'on le croirait d'abord à l'égard du développement que la verge acquiert par l'érection : état dans lequel l'étendue et le volume de cet organe sont assez généralement en rapport avec les dimensions du vagin. On ne peut trop admirer l'artifice avec lequel la nature a disposé les parties génitales de l'homme pour s'accommoder à celles de la femme.

Sur les cadavres de sujets morts asphyxiés, il n'est pas rare de trouver la verge gonflée par une assez grande quantité de sang. Après l'asphyxie par suspension, on voit assez fréquemment le pénis dans une véritable érection; ce phénomène se remarque aussi après certaines morts violentes.

Considérée comme objet de séméiotique, l'érection accompagnée de l'appétit vénérien et de sensations agréables, est un bon signe dans les convalescences; il survient cependant quelquefois longtemps après l'entier rétablissement des forces. On remarque, dans quelques maladies aiguës avec une extrême faiblesse, des érections continuelles du pénis, qui, ordinairement ne cessent qu'avec la vie. Cette tension des organes génitaux est presque toujours suivie de spasmes violens et des plus dangereux. Dans les blennorrhagies, les érections sont très-douloureuses.

Du pénis chez les animaux. Le pénis des mammifères affecte des positions variées qui sont sans doute en rapport avec le mode de coït auquel ils sont soumis, mais qui paraissent aussi tenir à la longueur proportionnée de cet organe.

On trouve chez quelques animaux, dans l'épaisseur du pénis, un os dont la grandeur et la figure varient beaucoup; il forme une très-grande partie de la verge chez les ours, le raton, le blaireau, le chien, la loutre, les martes. Cet os est courbé en *S* dans le raton; il est très-volumineux dans les baleines.

Des maladies du pénis. Les lésions du pénis sont assez nombreuses : plusieurs ayant déjà été décrites dans ce Dictionaire, nous ne ferons que les rappeler; quelques-unes d'entre elles seront décrites plus tard; enfin, nous ne nous étendrons que sur les maladies qui peuvent trouver seulement leur place dans cet article. Voici l'énumération des maladies qui peuvent affecter la verge : 1°. le phymosis, 2°. la longueur excessive du frein du pénis, 3°. le défaut de prépuce, 4°. l'imperforation de l'urètre, 5°. l'hypospadias et l'épispadias, 6°. le paraphymosis, 7°. les concrétions osseuses, 8°. les chancres, 9°. l'anévrysme des corps caverneux, 10°. la gangrène du pénis, 11°. le cancer de cet organe, 12°. le priapisme, 13°. l'impuissance. Quant aux corps étrangers appliqués sur le pénis, on peut consulter l'article *corps étrangers*, t. VII, p. 68.

Du phymosis. Dans cette infirmité, qui consiste dans l'é-

troitesse de l'ouverture du prépuce, le gland reste perpétuellement couvert par le repli de la peau, et ce n'est pas sans danger qu'on le découvre. Le phymosis peut dépendre d'un vice de conformation que les enfans apportent en naissant; il peut être accidentel lorsqu'une cause quelconque, telle que le gonflement inflammatoire ou des chancres vénériens retrécissent l'ouverture du prépuce. L'étroitesse de cette ouverture, dans la maladie dont il est question, varie singulièrement. Le prépuce est percé quelquefois d'un petit trou, à travers lequel on introduirait avec peine la tête d'une épingle. Lorsque l'étroitesse du prépuce n'est que médiocre, les enfans ne sont pas incommodés du phymosis qui en résulte; ils arrivent à l'âge de puberté sans s'apercevoir qu'ils soient conformés d'une manière différente des autres hommes; mais les érections qu'ils éprouvent alors le leur font sentir, parce qu'elles sont douloureuses. S'ils ont commerce avec des femmes, ils sentent encore plus de douleur. Que le phymosis soit le résultat d'un vice de conformation ou de l'inflammation syphilitique du prépuce, qui ne permet pas à ce repli de la peau d'être ramené derrière le gland, l'indication curative est la même, c'est-à-dire qu'il faut inciser le prépuce de dedans en dehors et d'arrière en avant. *Voyez* PHYMOSIS.

De la longueur excessive du frein ou filet du pénis. Ce vice de conformation est assez fréquent. Lorsque ce repli, formé par la duplicature de la membrane interne du prépuce, se prolonge trop antérieurement, et se porte jusque vers la partie inférieure de l'orifice du canal de l'urètre, le gland, mis à découvert, se trouve tiraillé, la verge courbée en bas, de sorte que, outre la douleur assez vive pour faire cesser l'érection, la matière séminale n'est point lancée vers l'orifice de la matrice, mais dirigée contre les parois du vagin. Ordinairement, cette bride incommode se déchire dans les premières copulations; quelquefois néanmoins elle résiste et rend difficile l'intromission du membre viril : on doit alors en faire la section. Pour cette opération, on peut se servir du bistouri ou des ciseaux. Le malade étant couché ou assis, on découvre le gland, que l'on saisit par ses parties latérales avec le pouce et l'indicateur de la main gauche, et tandis qu'un aide tend le filet par sa partie inférieure, on enfonce, à travers la base de ce repli triangulaire, la lame d'un bistouri dont le tranchant est tourné en avant. On peut aussi se servir de ciseaux, avec lesquels on fait une section plus prompte; le frein coupé, on met un petit plumasseau de charpie entre les lèvres de l'incision, on retient le prépuce en arrière, et on relève la verge sur l'abdomen. Quoique cette opération soit très-simple, elle est cependant quelquefois suivie d'accidens, comme le prouve le fait sui-

vant que nous avons observé. Un jeune homme avait le frein de la verge tellement long et étroit que l'érection était très-douloureuse, et qu'à plusieurs reprises il n'avait pu cohabiter avec une femme qu'il aimait : un chirurgien lui incisa le frein de la verge avec un bistouri, il jaillit une assez grande quantité de sang artériel, qu'on parvint à arrêter à l'aide d'un petit tampon de charpie soutenu par une légère compression. Le lendemain de l'opération, le pénis était tuméfié ; le prépuce, qui avait été laissé en arrière du gland, était œdémateux, et ne pouvait plus être ramené en avant; il existait un véritable paraphymosis, que l'on guérit par le procédé que nous indiquerons tout à l'heure à l'article *paraphymosis*. On peut conclure de cette observation que, après la section du frein du pénis, il peut survenir, 1°. une hémorragie dépendant de la section des artérioles et des vénules qui rampent dans son épaisseur : dans ce cas, on peut employer la compression, ou mieux encore la cautérisation à l'aide d'un stylet rougi au feu; 2°. le paraphymosis : cet accident a lieu lorsque l'ouverture du prépuce est trop étroite, et, dans ce cas, il faut fendre ce repli avant de pratiquer la section du frein de la verge.

Du défaut de prépuce. Les enfans viennent au monde rarement sans prépuce. Le défaut de cette partie tient presque toujours à sa destruction par des chancres vénériens ou par la gangrène. *Voyez* PRÉPUCE.

De l'imperforation de l'urètre et du prépuce. L'urètre peut être bouché par une membrane, ou ses parois peuvent adhérer entre elles dans une plus ou moins grande étendue; d'autres fois le prépuce est imperforé. Dans tous les cas, l'enfant qui vient de naître est privé de la faculté de rendre ses urines; en général, toutes les fois que les linges de l'enfant ne sont pas mouillés, on a lieu de soupçonner ce vice de conformation. *Voyez* IMPERFORATION, tom. XXIV, pag. 139.

De l'hypospadias et de l'épispadias. L'orifice du canal de l'urètre n'est pas toujours ouvert à la partie antérieure du gland; quelquefois ce conduit s'ouvre plus ou moins en arrière audessous de la verge : on donne le nom d'*hypospadias* à ce vice de conformation. Il est des cas où l'urètre se trouve placé audessus des corps caverneux, et ce genre de lésion a été appelé dans ces derniers temps *épispadias*. Comme ces maladies ont déjà été parfaitement décrites dans cet ouvrage par M. Breschet, nous engageons le lecteur à consulter les mots *épispadias*, *hypospadias*.

Du paraphymosis. On donne le nom de paraphymosis à l'étranglement du gland, par l'ouverture trop étroite du prépuce. Cette maladie est souvent la suite du phymosis, lorsqu'ayant découvert le gland pour le nettoyer, on ne le re-

couvre pas sur-le-champ; elle peut résulter aussi d'un commerce avec une femme étroite, ou de chancres vénériens qui resserrent l'ouverture du prépuce. Cet étranglement produit la rougeur et la tuméfaction du gland, la tension et l'engorgement du prépuce, une douleur ordinairement fort vive, de la fièvre et de l'insomnie, auxquels se joint la gangrène partielle ou totale de la partie si le mal dure longtemps. Le premier soin du chirurgien doit être de remettre les parties dans leur état naturel, si cela est possible, et de faire, pour ainsi dire, la réduction. Pour cela, dit Sabatier (*Méd. opérat.*, tom. 1, p. 344, 1re édit.), il doit saisir la verge avec les doigts indicateurs et du milieu des deux mains au-delà de la couronne du gland, et appuyer avec les deux pouces sur l'extrémité de ce corps, en ramenant le prépuce en devant et en poussant le gland en arrière. Ce procédé nous paraît défectueux. En effet, pour faire cesser l'étranglement, il faut de deux choses l'une, élargir l'ouverture du prépuce, ou diminuer le volume du gland. Par le procédé conseillé par Sabatier, loin de diminuer le volume du gland, on tend au contraire à l'augmenter en poussant cet organe d'avant en arrière. Le procédé qui nous a réussi presque constamment consiste à saisir le gland avec la paume de la main, garnie d'un linge, à le comprimer graduellement et fortement, jusqu'à ce que, son tissu étant dégorgé, il soit réduit à un petit volume, qui permette le retour facile du prépuce en avant. Cette compression a le double avantage de dégorger le gland et le prépuce, qui forme des bourrelets œdémateux. Quoiqu'elle cause des douleurs très-vives, cependant nous avons vu la plupart des malades la supporter avec courage. Quelquefois, à raison de la force du sujet et de la difficulté que présente la réduction, on a recours à la saignée du bras, et on laisse couler le sang jusqu'à la syncope : cet accident passager facilite singulièrement la réduction. Enfin, si toutes les tentatives qu'on vient de décrire ne réussissent pas, il faut se résoudre à débrider le prépuce. *Voyez* PARAPHYMOSIS.

Des concrétions osseuses dans le pénis. Nous avons vu, il y a quelques années, à l'hôpital de la Charité de Paris, dans les salles de M. Lerminier, un homme qui portait sur le canal de l'urètre une concrétion dure et comme osseuse, longue d'environ un pouce, et large de cinq à six lignes environ. Cette concrétion gênait un peu l'émission de l'urine, et plusieurs fois on avait essayé de le souder sans pouvoir pénétrer dans la vessie : M. Lerminier conseilla à ce malade de se frictionner la verge, et surtout le trajet de l'urètre avec de l'onguent mercuriel; dans l'espace de vingt jours, la concrétion disparut. M. Lerminier a observé un fait semblable

dans sa pratique en ville, et le même traitement a été couronné d'un semblable succès. Nous ignorons si les deux malades avaient eu des maladies vénériennes antérieures. Ces tumeurs, ces concrétions étaient-elles réellement osseuses? Celle que nous avons vue et que nous avons palpée avec attention, nous a paru présenter ce caractère. Au reste, cette lésion a besoin de nouveaux faits pour être bien connue.

Des chancres du pénis. Nous pourrions traiter ici des chancres qui surviennent au gland et au prépuce, des végétations, des poreaux vénériens, de la blennorrhagie, et de tous les symptômes syphilitiques qui apparaissent sur le pénis après un coït impur; mais toutes ces maladies ont déjà été ou seront décrites dans plusieurs articles de ce Dictionaire. *Voyez* BLENNORRHAGIE, CHANCRE, GLAND, SYPHILIS, VÉGÉTATIONS.

Maladies du corps caverneux. Le corps caverneux peut éprouver des blessures : si la plaie est étroite, on peut arrêter l'hémorragie, qui en est la suite constante, à l'aide de la compression; si le corps caverneux est coupé en entier, il faut terminer l'amputation en coupant l'urètre : on fait la ligature des vaisseaux.

A la suite de la masturbation et de l'abus du coït, le corps caverneux perd son ressort et se laisse distendre par une grande quantité de sang : de là résultent un accroissement du volume de la verge, et un état de faiblesse qui ne permet plus l'érection. Ce n'est que par une abstinence des plaisirs de Vénus, par l'usage des bains froids et des amers, que l'on peut rendre au corps caverneux son élasticité et réprimer son excès de volume.

La dilatation anévrysmale du corps caverneux doit être une maladie extrêmement rare, à raison de la solidité de son enveloppe, membrane fibreuse, épaisse, et très-susceptible d'une forte résistance; cependant Albinus en rapporte un exemple dans ses Annotations anatomiques. Le voici : un manant en belle humeur ayant voulu saillir la servante d'un cabaret, celle-ci, à laquelle il n'était point agréable, empoigna la verge et la tordit avec violence. Il y survint peu à peu une tumeur qui n'altérait pas la couleur de la peau, et qui n'empêchait pas qu'elle ne glissât aussi librement qu'à l'ordinaire. La pression la faisait disparaître en entier dans les commencemens, mais dans la suite cette tumeur ne s'effaçait qu'en partie. Comme elle avait assez de mollesse, on la prit pour un abcès, et on jugea à propos d'y appliquer des maturatifs, qui la firent augmenter de volume. On se détermina à l'ouvrir, contre l'avis d'Albinus : il en sortit beaucoup de sang, qu'on eut de la peine à arrêter, et le jeune homme mourut en peu de jours par des hémorragies lentes qui se suc-

cédèrent. On trouva, par la dissection, que la maladie était un anévrysme du corps caverneux, maladie qu'on aurait dû connaître plus tôt, puisque la tumeur était molle, flasque, et peu considérable lorsque la verge était sans action, et qu'elle devenait plus ferme et plus grosse lorsque la verge roidissait (Sabatier). Peut-être que l'amputation de la verge aurait pu sauver ce jeune homme; c'eût été au moins le meilleur moyen de supprimer l'hémorragie du corps caverneux, à laquelle le malade a succombé.

De la gangrène du pénis. Cet organe est sujet à se gangréner, soit que l'inflammation excessive désorganise son tissu, soit que l'adynamie générale venant à compliquer l'inflammation locale, celle-ci se termine par la gangrène. Nous avons observé un homme dont les bourses et la verge tombèrent en gangrène à la suite d'une infiltration urineuse. La blennorragie et les chancres vénériens sont quelquefois accompagnés d'une inflammation si considérable que la gangrène s'empare de la verge. Forestus (*Observ. et cur. med.*, lib. XXVI) rapporte un exemple de ce genre, et tels furent les progrès du mal, que le pénis se détacha de lui-même dans un état de sphacèle, et qu'il se trouva dans un cataplasme qu'on avait appliqué sur la partie. Lorsqu'un individu qui est atteint d'une gonorrhée est frappé d'une fièvre putride ou maligne, le membre viril court le plus grand danger de tomber en gangrène. Dans un mémoire sur l'amputation de la verge (*La médecine éclairée par les sciences physiques*, tom. II, p. 342), M. Boyer en cite trois observations. « Un Gascon, âgé de vingt ans ou environ, fut porté à l'hôpital de la Charité, et on observait déjà en lui tous les symptômes d'une fièvre putride. Au bout de quelques jours, on aperçut qu'il avait le prépuce un peu enflammé, et je lui fis appliquer des compresses trempées dans de l'eau de sureau animée avec un peu d'eau-de-vie; l'inflammation fit bientôt des progrès, et la rougeur pourprée de la peau annonçait une gangrène prochaine. Bientôt il se forma une escarre gangréneuse à la partie supérieure du prépuce, et ayant pratiqué une incision sur cette escarre, je fis évacuer une grande quantité de sérosité putride. L'usage des antiseptiques les plus puissans n'empêcha pas la gangrène de faire des progrès; elle s'étendit jusqu'au-delà du milieu de la verge, où elle se borna. Les escarres se détachèrent; une partie du gland et du corps caverneux fut détruite; les parois de l'urètre se séparèrent ainsi en partie, et il resta une plaie d'une surface fort étendue, inégale, que le passage des urines rendait fort douloureuse, et qui était très-sensible pendant tout le pansement. Lorsque l'état du malade fut amélioré, on le transporta dans la salle des blessés : l'amputation de la

portion du corps caverneux et du gland, laissée à nu par la chute des escarres, nous parut le seul moyen propre à accélérer la guérison de cette plaie et à faire cesser les vives douleurs qu'occasionaient les pansemens. Lorsque le malade nous parut en état de soutenir l'opération, je la fis en coupant d'un seul coup de bistouri le corps caverneux au niveau de l'endroit où la gangrène s'était bornée. Les vaisseaux étaient si petits, qu'il nous parut inutile d'en faire la ligature; d'ailleurs il eût été très-difficile de le faire sans se servir d'une aiguille, et la compression que j'établis fut suffisante pour arrêter le sang. Je mis une canule d'argent dans l'urètre, et son usage fut continué jusqu'à la guérison parfaite. Lorsque le malade eut recouvré la connaissance, qu'il avait perdue dans le cours de la fièvre, il nous apprit qu'il avait contracté une gonorrhée quelque temps avant l'invasion de sa maladie. Un homme de loi, âgé d'environ trente-six ans, contracta une gonorrhée virulente, et quelque temps après il fut atteint d'une fièvre maligne qui décida son transport dans l'hôpital de la Charité. Bientôt la verge s'enflamma et devint d'un rouge livide. La gangrène ne tarda pas à s'en emparer, elle fit même des progrès rapides, et ne se borna entièrement que lorsque les symptômes de la fièvre éprouvèrent une diminution sensible. D'abord elle ne parut attaquer que la peau, mais bientôt le gland et le corps caverneux présentèrent des signes non équivoques de gangrène, et la verge fut entièrement détruite. Les parties gangrénées se détachèrent par lambeaux, et leur chute entière laissa une plaie conique dont la guérison fut très-lente. Les forces du malade se rétablirent peu à peu. Chez un troisième malade, la gangrène se borna au prépuce.

Lorsque dans une blennorrhagie l'inflammation est très-violente, on peut prévenir la gangrène du pénis par un traitement antiphlogistique bien dirigé : ainsi les saignées répétées, l'application des sangsues au périnée, aux aines; les bains, les cataplasmes émolliens, les boissons rafraîchissantes sont alors très-convenables.

Il n'en est pas de même lorsqu'il existe une complication avec la fièvre adynamique. Doit-on dans ce cas prodiguer les toniques? La plupart des auteurs recommandent les cordiaux les plus énergiques pour relever le système général des forces et prévenir la terminaison gangréneuse de l'inflammation locale; quant à nous, nous pensons que la conduite du médecin doit différer suivant l'état des forces du malade. Si ce dernier est affaibli par de longues privations, s'il est d'une constitution molle et lymphatique, le vin généreux, le quinquina nous paraissent indiqués. Si le malade, au contraire, est vigoureux, d'un tempérament sanguin, un traitement

tonique peut, à notre avis, accélérer la gangrène, loin de la prévenir : il faut, dans cette circonstance, recourir au traitement antiphlogistique.

Lorsque la gangrène est bornée, et qu'un cercle inflammatoire sépare le vif et le mort, il faut amputer la verge au-delà de cette ligne de démarcation ; et, soit qu'on se décide à cette amputation aussitôt que la gangrène a borné ses ravages, ou qu'on attende que les escarres se soient détachées, l'opération est toujours nécessaire ; car de la chute des portions mortifiées résulte une plaie inégale, dont la cicatrisation se ferait longtemps attendre. Nous indiquerons plus bas les précautions qu'exige l'amputation du pénis.

Du cancer du pénis. Cette maladie n'est pas très-rare, et l'exquise sensibilité du pénis semble le disposer aux affections carcinomateuses. Celles-ci peuvent se développer spontanément ; cependant elles succèdent le plus souvent à des symptômes vénériens, exaspérés par un traitement peu méthodique. C'est ainsi que des chancres ou des excroissances syphilitiques, irrités par des applications continuelles de poudre de sabine ou de précipité rouge, deviennent saignans et douloureux ; leur végétation est plus active ; bientôt le gland entier en est couvert et comme enveloppé. Au bout de quelque temps, la maladie prend un caractère carcinomateux. Le cancer du pénis commence ordinairement par un tubercule ou poireau, situé sur le gland, d'abord indolent, puis douloureux ; l'action du coït augmente cette douleur naissante. Peu à peu ce tubercule grossit, s'ulcère, devient très-douloureux, verse du sang, fournit une suppuration fétide. L'ulcération s'étend sur le gland, sur les corps caverneux, qui se changent en une tumeur fongueuse, dont le volume est quelquefois très-considérable. A mesure que le mal s'étend vers la racine de la verge, les glandes lymphatiques de l'aine se tuméfient. Ce cancer peut encore débuter par l'ulcération très-douloureuse du gland, du prépuce, laquelle s'étend successivement sur le corps de la verge. Voici une observation que nous empruntons au Mémoire de M. Boyer, que nous avons précédemment cité. « Louis Dufai, homme de mer, âgé de quarante ans, s'aperçut, vers le mois de juillet 1790, qu'il lui était survenu plusieurs petits boutons vers la racine du gland ; il s'en inquiéta d'abord peu : mais, quelque temps après, le nombre de ces boutons ayant augmenté, et le malade éprouvant une douleur fort vive, il consulta un chirurgien, qui entreprit de le guérir par l'application de quelques emplâtres. Ces médicamens, loin de produire l'effet qu'on en attendait, semblèrent au contraire aggraver le mal, qui finit ensuite par faire des progrès rapides et alarmans. Le malade

entra à l'hôpital de la Charité. Le gland et une partie du corps caverneux formaient alors une tumeur dure et squirreuse, dont la surface était ulcérée; les bords de l'ulcère étaient durs et renversés, et la suppuration était sanieuse et très-fétide; les douleurs étaient vives et lancinantes, et tout offrait les caractères d'un cancer ulcéré. M. Deschamps, chirurgien en chef de l'hôpital, jugea, ainsi que moi, qu'il n'y avait plus de ressource que dans l'amputation, et le malade y fut disposé par des remèdes généraux. Le 22 mars, je procédai à cette opération de la manière suivante : après avoir entouré la tumeur d'un linge, je l'embrassai de la main gauche, en tirant un peu la peau à moi, et j'amputai ensuite d'un même coup de bistouri la peau, le corps caverneux et l'urètre. Je pinçai les artères qui rampent sur le dos de la verge avec une pince à dissection, et en les tirant un peu à moi, j'en fis faire la ligature. J'en fis autant aux artères qui rampent au milieu du tissu spongieux du corps caverneux. Après avoir fait la ligature de ces vaisseaux, j'introduisis une sonde en forme d'S dans la vessie, j'appliquai de la charpie sur la plaie, et je la soutins avec des compresses longuettes percées dans le milieu, pour laisser passer la sonde, et mises en travers. Les extrémités de ces compresses furent couvertes audessous des chefs d'un bandage en T, auquel la sonde fut aussi fixée avec de petits liens : telles furent les principales circonstances de l'appareil. Je dois faire remarquer que les ligatures des artères étaient tombées au dixième jour de l'opération, et que la suppuration était alors aussi bien établie qu'elle peut l'être. La sonde fut laissée dans la vessie jusqu'à la fin de la cure, et j'avais seulement la précaution de la retirer de temps en temps pour la nettoyer; mais je la remettais aussitôt. Le malade sortit de l'hôpital parfaitement guéri. »

On trouve dans les Mémoires de l'académie royale de chirurgie, tom. III, deux observations relatives au cancer de la verge, que nous croyons devoir citer, parce que la multiplicité des faits sert toujours à éclairer la connaissance des maladies. En 1724, un officier, âgé de cinquante ans, d'un tempérament bilieux et mélancolique, consulta MM. Chicoineau et Soulier. Il lui était survenu depuis deux ans, entre le prépuce et le gland, un poireau si gros, qu'il l'empêchait de découvrir le gland. Un prétendu chirurgien avait voulu le consumer avec des caustiques, et avait mis le malade à l'usage des tisanes sudorifiques, de la panacée et autres préparations mercurielles. Le malade, au lieu de voir détruire ce poireau, l'avait vu s'accroître et s'emparer de tout le prépuce ainsi que du gland, s'étendant jusqu'au corps caverneux et à la verge, au milieu de laquelle il y avait trois fistules qui communi-

quaient jusque dans l'urètre. Le ligament de la verge était même compris dans la maladie; la suppuration était puante et accompagnée de fréquentes hémorragies. A l'inspection de la maladie, ces deux messieurs proposèrent de faire l'amputation de la verge, et dans une consultation qui fut faite, on conclut de même malgré la difficulté d'opérer, qui était d'autant plus grande, qu'une traînée de glandes gonflées s'étendait jusqu'à l'aine. Pendant l'usage des topiques doux et émolliens, dont on usa pendant quelque temps, on fit au malade des frictions mercurielles, parce qu'il avait eu depuis trente ans plusieurs maladies vénériennes. Ce traitement dégagea un peu le ligament suspenseur de la verge; mais le reste de la tumeur s'accrut plus qu'il ne l'était auparavant. Enfin, on fit l'opération projetée sans autre accident qu'une hémorragie qu'on arrêta par les astringens soutenus de la compression. La plaie étant presque guérie, et le malade tourmenté de fréquentes érections, il survint plusieurs autres hémorragies, où il perdait beaucoup de sang à la fois : cela arriva souvent pendant cinq semaines; et de tous les remèdes qu'on employa pour calmer la *fougue* des *esprits* et du sang, celui qui réussit le mieux fut de fréquentes applications de compresses imbibées d'oxycrat sur le ventre, le scrotum et le périnée; enfin le malade guérit.

M. Ceyrac de la Coste dit qu'un homme âgé de soixante-dix ans vint le consulter, parce qu'il avait la verge d'une grosseur prodigieuse, et surtout le gland, qu'il ne pouvait découvrir, qu'il sortait du prépuce plusieurs petites tumeurs ressemblant à des poireaux, et beaucoup de pus. Il apprit du malade que quarante ans auparavant il avait eu une chaude-pisse accompagnée d'accidens graves, et qui avait disparu sans aucun remède; que depuis il avait senti fréquemment des lassitudes dans les membres, accompagnées de douleurs de tête, de tintemens dans les oreilles, et d'insomnies. M. la Coste en conclut que c'étaient autant de signes de vérole, et, après quelques remèdes généraux, il commença par faire l'opération du phymosis pour découvrir le gland, qu'il trouva squirreux, et sur lequel s'élevaient plusieurs excroissances en forme de fraises. Il y avait de plus deux ulcères assez profonds, l'un sur le gland même, et l'autre à l'endroit de la couronne. M. de la Coste dit qu'il passa aussitôt au traitement de la vérole, et ne dit pas comment il fut fait : mais il ajoute qu'au lieu de produire le bien qu'il en avait espéré, la tumeur s'augmenta pendant le traitement, et s'étendit au corps de la verge. Alors, persuadé que la cause de la tumeur n'était pas vérolique, il mit le malade à l'usage du lait pour toute nourriture, ne faisant sur la tumeur que des pansemens palliatifs. Au bout de

denx mois, ayant revu le malade, il trouva la tumeur et les ulcères beaucoup augmentés, le mal s'étendant jusqu'à un pouce du pubis, et il vit que l'urètre s'étant percé, l'urine en sortait à plein jet, par une ouverture contre nature. Des progrès si rapides déterminèrent M. de la Coste à faire l'amputation de la verge. Après quelques préparations, il la fit dans la partie saine à un pouce du pubis. Deux artères ayant donné assez de sang, il en fit la ligature et pansa la plaie après avoir mis et assujéti dans le commencement de l'urètre une petite canule de plomb : la plaie avança de jour en jour, et fort vite, vers la guérison, qui fut très-heureuse. La partie amputée pesait une demi-livre.

On voit, dans ces deux observations, que le traitement mercuriel qui a précédé les opérations, n'a servi de rien, puisque pendant le traitement même, les tumeurs et les ulcères se sont accrus. On peut en conclure que ces maladies n'étaient pas causées par le virus vénérien, et qu'il est très-facile de confondre les ulcères carcinomateux du pénis avec les ulcères syphilitiques.

Le cancer de la verge se guérit en enlevant toutes les parties malades, ce qui suppose que le cancer ne s'est point étendu jusqu'au pubis, et qu'il reste encore une portion du pénis sur laquelle on peut opérer. On doit se décider à l'opération avant que la résorption de la sanie ait déterminé l'infection cancéreuse des humeurs, car cette diathèse générale serait une contre-indication, aussi bien que l'engorgement cancérenx du plus grand nombre des glandes lymphatiques inguinales ou l'extension de la maladie aux racines du corps caverneux. Quelques chirurgiens, tels que Heister, Courcelle, Bertrandi, au lieu d'amputer la verge, conseillent de l'extirper au moyen d'une ligature qu'ils font autour de ce corps, après avoir placé une canule dans l'urètre, ou avoir introduit une algalie dans la vessie. Ce fut ainsi qu'on opéra le paysan dont parle Ruysch dans ses Observations (*observ.* xxx, pag. 38). La première ligature fut douloureuse, on en fit une seconde pour accélérer la mortification. La partie fut enveloppée avec une vessie mouillée pour recevoir les urines et empêcher l'odeur. Le cinquième jour, le membre était mort; on le retrancha avec le bistouri sans qu'il survînt d'hémorragie. Deux autres jours après, on ôta la sonde, devenue inutile par la chute du cordon avec lequel on avait lié. Cette opération doit causer les douleurs les plus vives, comme il arrive toutes les fois que les ligatures portent sur les tégumens.

L'amputation du pénis est bien préférable à sa ligature. Ledran est le premier qui, dans son Traité des opérations de la chirurgie, pag. 205, ait donné des conseils utiles pour faire

méthodiquement cette opération : il recommande de couper une plus grande portion de la peau de la verge que du corps caverneux, parce que le tissu spongieux du pénis, se dégorgeant après l'opération, du sang dont il était plein, rentre et s'affaisse assez promptement pour que, si l'on coupait les tégumens au même niveau, la ligature des vaisseaux fût très-difficile, et la peau se repliant sur elle-même, bouchât l'ouverture de l'urètre et devînt un obstacle insurmontable à la sortie des urines. Ledran a vu cet inconvénient arriver. Cette méthode, comme l'on voit, est entièrement opposée à celle que l'on suit dans les autres amputations pour lesquelles on recommande de conserver beaucoup de peau. On saisit donc la verge par son extrémité antérieure, après l'avoir entourée d'un linge; on la tire à soi en ayant soin d'entraîner beaucoup de peau; un aide cependant assujétit la verge près sa racine; on la coupe en un seul ou en deux coups d'un bistouri à lame longue, que l'on promène bien plus en sciant qu'en pressant; il faut néanmoins, observe M. Richerand (*Nosographie chirurgicale*, tom. IV), prendre garde d'emporter trop de peau en donnant une extension illimitée au précepte de Ledran. Chez les personnes avancées en âge, le corps caverneux, plus dense, s'affaisse moins en se dégorgeant, et l'on courrait risque de voir un moignon dénudé, très lent à se recouvrir si l'on enlevait une trop grande portion de tégumens. Si le cancer se bornait au prépuce, on pourrait se borner à faire l'ablation de cette partie.

Pour arrêter l'hémorragie qui est la suite de l'amputation de la verge, on a conseillé de se servir des astringens; Scultet a proposé l'application du cautère actuel; mais la ligature des vaisseaux et la compression sont préférables à ces moyens. Dans le cas des carcinomes, la grosseur des vaisseaux est augmentée, et il faut lier tous ceux qui se présentent. On lie les deux artères du corps caverneux, les deux dorsales du pénis, l'extrémité antérieure des artères de la cloison, et même des rameaux des artères honteuses externes, si l'on a fait l'amputation près du pubis. On se sert, pour cela, d'une pince à disséquer qui traverse le nœud du fil dont on va se servir. L'hémorragie arrêtée, on procède à l'extirpation des glandes inguinales engorgées : car cet engorgement ne contre-indique l'opération qu'autant qu'il s'étend au plus grand nombre de ces glandes et qu'il existe des deux côtés. La compression peut suffire pour suspendre l'effusion du sang, lorsqu'on pratique l'amputation à la suite de la gangrène, parce que alors le diamètre des vaisseaux n'est point augmenté. Pour exercer cette compression, on place d'abord une sonde dans la vessie, et ensuite on met de petits bourdonnets sur la plaie. Lorsqu'on a mis une quantité suffisante de charpie, on place en travers de

petites compresses longuettes, dont on engage les extrémités sous les chefs d'un bandage en T; après quoi on renverse les extrémités de ces compresses l'une vers l'autre, et on les attache avec des épingles. Dans une occasion où Sabatier s'était contenté d'un appareil compressif, il a vu le sang se porter dans la vessie, et ressortir mêlé avec les urines, qu'il teignait fortement. Surpris d'un événement aussi peu attendu, il leva l'appareil, et il vit bientôt que ce sang, fourni par une artère du tissu spongieux de l'urètre, coulait entre ce canal et la sonde. Il l'arrêta avec une mèche de charpie, dont il entoura cet instrument en manière d'écharpe, et qu'il poussa jusque sur l'endroit d'où le sang sortait. Si le sang, au lieu de jaillir, coule en nappe, de manière que l'on n'aperçoit pas l'orifice des vaisseaux, il faut appliquer sur la plaie un cautère rougi à blanc.

Le pansement consiste dans l'introduction d'une sonde de gomme élastique, ou d'une canule, que l'on place dans l'urètre pour faciliter l'application de l'appareil, le passage de l'urine, et pour empêcher l'urètre de se fermer. Ledran conseille de l'ôter quand la plaie est en suppuration, et de la remettre quand la cicatrisation est près de se faire, pour empêcher que l'urètre ne se resserre trop. Bertrandi rapporte un cas tiré des ouvrages de Nannoni, dans lequel il fallut agrandir l'ouverture de ce canal, qui était fort resserrée, parce qu'on n'avait pas eu cette précaution. M. Boyer pense qu'il faut laisser la sonde jusqu'à la fin de la cure pour empêcher l'urine de mouiller la plaie, ce qui retarde la guérison. On n'obtient pas toujours cet avantage; en effet, soit que la sonde ne remplisse pas exactement le canal, ou que la vessie irritée chasse les urines avec trop de force, fréquemment elles s'insinuent entre la sonde et les parois de l'urètre, arrosent la plaie et mouillent toutes les pièces du pansement qu'il faut renouveler fréquemment. Des bourdonnets de charpie, une compresse en croix de Malte, des compresses longuettes et un bandage en T complettent l'appareil.

La cicatrisation de la plaie du pénis s'opère comme dans les autres parties du corps: la peau en vient recouvrir la surface, et, dans plusieurs cas, elle se continue avec la membrane interne de l'urètre. L'excrétion des urines est ordinairement facile après la guérison. Cependant Ruysch dit qu'après l'opération dont il a été parlé plus haut, il fallut faire au malade une canule d'argent pour favoriser l'écoulement de ses urines. Sabatier en a fait usage lors de la première amputation de la verge, qu'il a pratiquée, parce que le mal avait exigé que ce corps fût coupé fort près du pubis, et que le malade était mouillé chaque fois qu'il urinait. Ceux que Sabatier

a opérés depuis n'ont pas eu besoin de ce secours; ils ont poussé leurs urines fort loin.

Les individus à qui l'on a amputé le pénis, sont moins aptes à la reproduction de l'espèce, surtout si la portion restante est trop petite pour que son intromission puisse s'effectuer. Cette mutilation peut influer singulièrement sur le moral.

M. Richerand (ouvr. cité) dit avoir fait l'amputation de la verge à un individu sur lequel elle avait parfaitement réussi : la cicatrisation était achevée; il était près de sortir de l'hôpital, lorsque sa femme, à laquelle on avait annoncé sa guérison, sans lui dire par quel sacrifice il l'avait obtenue, vint le visiter. Instruite de l'opération, elle entra dans une si violente colère, lui prodigua tant d'injures, et lui fit sentir si amèrement toute l'étendue de sa perte, qu'atteint d'un chagrin mortel, il fut, dans la nuit même, en proie aux premiers symptômes d'une fièvre ataxique continue, à laquelle il succomba le troisième jour. J'observerai, ajoute M. Richerand, que tous les hommes qui ont perdu la verge nourrissent, pendant la durée du traitement et après la guérison de la plaie, une mélancolie qui les dispose éminemment aux fièvres de mauvais caractère. Les malades auxquels on ampute un membre, supportent gaiement cette mutilation, et leur moral n'en reçoit aucune atteinte; au contraire, les personnes privées de la verge ne recouvrent jamais leur hilarité; elles conservent le sentiment douloureux de leur perte, et rien ne peut adoucir l'amertume de leurs regrets. Cette observation m'a d'autant plus frappé, que je l'ai faite sur des vieillards pour qui la partie enlevée était depuis longtemps inutile. »

Du priapisme. Cette maladie consiste dans une érection forte, continuelle, sans plaisir et sans délectation amoureuse. Elle est fréquemment déterminée par l'abus des cantharides prises à l'intérieur pour s'exciter aux plaisirs de l'amour. Des observations, malheureusement trop nombreuses, ont appris combien ce priapisme est souvent funeste. Les bains tièdes, les clystères émolliens, les potions dans lesquelles on fait entrer le sirop de nymphæa et les émulsions obtenues avec les semences froides, mais surtout la saignée et les boissons délayantes prises en très-grande quantité, l'abstinence du coït, sont les seuls moyens à employer. James, dans son Dictionnaire de médecine, dit avoir ouvert avec succès la veine dorsale de la verge dans un priapisme opiniâtre que les saignées réitérées n'avaient pu faire cesser. La verge perdit sur-le-champ sa roideur. *Voyez* PRIAPISME.

De l'impuissance. Cette affection, qui consiste dans l'impossibilité d'exercer l'acte vénérien, par défaut d'érection du pénis, peut être la suite d'une apoplexie, d'une hémiplégie; elle

peut être aussi la suite des excès malheureux de l'onanisme. On ne doit point omettre parmi ses causes la force de l'imagination, que des esprits crédules prennent pour un sortilège. *Voyez* ANAPHRODISIE, IMPUISSANCE. (PATISSIER)

PENNIFORME, adj., *penniformis*, en forme de plume. On donne ce nom à l'insertion qu'affectent les fibres de certains muscles qui s'attachent de chaque côté d'un tendon commun, comme les barbes d'une plume sur leur baguette. Les fibres d'une portion du psoas sont penniformes. (F. V. M.)

PENSÉE, s. f. Sous cette dénomination nous possédons deux plantes distinctes, quoique Linné les ait regardées comme deux variétés de la même espèce : ce sont les *viola tricolor*, pensée des jardins, et *viola arvensis*, pensée sauvage. Ces plantes sont de la syngénésie monogynie de Linné, et de la famille naturelle des cistes.

La pensée sauvage a pour caractères une racine fibreuse, blanchâtre, annuelle, qui donne naissance à plusieurs tiges anguleuses, glabres, longues de six à huit pouces, étalées à leur base, ensuite redressées, garnies de feuilles alternes, ovales, crénelées, pétiolées, munies de stipules pinnatifides ; des fleurs axillaires portées sur des pédoncules plus longs que les feuilles, mélangées de blanc et de jaune, avec quelques raies violettes, dépourvues d'odeur ; la corolle à peine plus longue que les folioles du calice ; le stygmate droit en forme d'entonnoir. Cette plante croît abondamment dans les champs sablonneux ; elle fleurit pendant tout l'été et une partie de l'automne.

La violette tricolore ou pensée des jardins se distingue de l'autre, en ce que ses pétales sont une ou deux fois plus grands que les folioles du calice, et à leur couleur, qui est d'un beau pourpre violet, comme velouté, un peu mélangé de blanc et de jaune ; elle croît spontanément dans les prairies des Alpes. On la cultive très-fréquemment dans les jardins, où elle fleurit presque toute l'année, même pendant les gelées, pourvu qu'elles ne soient pas trop fortes pour arrêter la végétation.

La pensée est pour les poètes le symbole de la réflexion et des idées mélancoliques.

Louis XV anoblit Quesnay, en fit son médecin consultant, et voulut qu'il portât dans ses armes trois fleurs de pensée, avec cette devise : *Propter mentis cogitationem*. Pendant les troubles qui suivirent l'absence momentanée de Louis XVIII, en 1815, la pensée devint la fleur de prédilection de ceux qui attendaient impatiemment son retour.

La charmante couleur de ses fleurs fait rechercher cette plante pour l'ornement des jardins, et sa facile culture l'a fait répandre dans les plus modestes comme dans les plus somptueux.

Ces deux plantes, dont la saveur est un peu âcre et amère, participent aux propriétés purgatives et émétiques de la seconde division de la famille des cistes. Comme dans tous les végétaux, ses propriétés sont plus prononcées dans ses racines que dans les autres organes; leur vertu émétique, plus faible que l'autre, est due, d'après les expériences de MM. Pelletier, et Magendie, à une substance particulière nommée *émétine*, très-abondante dans l'ipécacuanha; mais c'est moins comme médicament émétique ou purgatif que l'on emploie de nos jours les deux pensées, et spécialement la pensée sauvage, qu'à titre d'excellent remède contre les maladies de la peau. Matthiole, Fuchsius, Jean Bauhin, Bergius les avaient déjà reconnues pour dépuratives, sans cependant appuyer par des expériences bien décisives leur autorité, lorsque Starck, dans une dissertation couronnée par l'académie de Lyon, il y a quarante ans, confirma le premier par des faits, la propriété antiherpétique de ces deux plantes; Haase y ajouta d'autres preuves en proclamant toutefois la supériorité de la pensé sauvage. Metzer, Eccard, et une foule d'autres médecins distingués ont successivement recommandé la pensée contre la teigne, les dartres, la croûte laiteuse, les rhumatismes chroniques et diverses maladies lymphatiques; mais sur ce dernier sujet leurs observations sont en trop petit nombre pour que nous puissions prononcer; nous n'omettrons cependant point d'opposer à ces témoignages dignes à tous égards de la plus grande confiance, d'autres qui ne le sont pas moins : ainsi Mursina, Ackermann, Henning et M. Alibert disent n'avoir le plus souvent retiré aucun avantage de la pensée. N'auraient-ils ainsi porté leur jugement sur cette plante que parce que les localités avaient influé sur elle, ou bien parce que, possédant des médicamens plus énergiques dans les bois sudorifiques, le mercure, le soufre, etc., ils auraient mis en parallèle le résultat de leurs observations? C'est ce que nous n'entreprendrons point de décider.

Toutes les parties de la plante, qui est annuelle ainsi que sa congénère, la pensée des jardins, jouissant des vertus dépuratives, on ne fait aucun choix pour sa préparation médicamenteuse, ayant soin toutefois de l'administrer de telle sorte, qu'elle ne produise ni le vomissement ni la purgation. Pour cela on donne la poudre à la dose de douze à trente-six grains, l'extrait à celle d'un demi-gros; on prescrit deux gros de la plante pour six onces d'eau, lorsqu'on veut la donner en décoction ou en infusion; enfin le suc de la plante s'emploie depuis deux jusqu'à quatre onces. Telles sont les différentes doses qui remplissent ce double but.

STARCK, *De crusta lactea infantum ejusdemque remedio. Dissertatio quam academia scientiar. Lugd. Gall. præmio coronavit*; in-8°. 1779.
HAASE, *De viola tricolore. Erlangæ*, 1782. (M. H.)

PENTATEUQUE CHIRURGICAL, s. m., *pentateuchus*, du grec πεντατευχος : c'est le nom que l'on donne aux cinq livres de Moïse, la Genèse, l'Exode, le Lévitique, les Nombres et le Deutéronome, et ce n'est que par figure que les chirurgiens le donnaient à la division qui établissait cinq classes de maladies chirurgicales : les plaies, les ulcères, les tumeurs, les luxations, les fractures ; mais cette classification vicieuse étant depuis longtemps abandonnée et remplacée par d'autres plus convenables, l'expression dont on se servait pour la désigner est actuellement inusitée. (R.)

PÉPASME, s. m., *pepasmus*, en grec πεπασμος, πεπαινω, je cuis, je dispose à la maturité. C'est ainsi que les humoristes désignent cet état des maladies dans lequel les humeurs prétendues crues et nuisibles ont subi, par les efforts de la nature ou l'efficacité des remèdes, une telle élaboration dans leurs qualités et quantités, qu'elles peuvent s'assimiler à notre substance, et que leur présence dans l'économie n'est plus d'aucun danger. Ce mot est à peu près synonyme de coction et de maturation, seulement cette dernière expression s'applique plus spécialement à l'existence d'un foyer de pus : ainsi l'on dira qu'un dépôt est arrivé à sa période de maturation, et qu'une fièvre quelconque est arrivée à celle de pépasme. *Voyez* COCTION et MATURATION. (R.)

PÉPASTIQUE, adj., *pepasticus* ; c'est à peu près la même chose que peptique, maturatif, digestif ; il vient des verbes πεπlω, πεπαινω, je prépare la maturité. Les humoristes donnaient ce nom à tous les remèdes qu'ils croyaient capables de cuire et de digérer les humeurs nuisibles et d'opérer leur assimilation avec les parties saines, ou bien de les disposer à une bonne suppuration. La classe de ces médicamens est bien réduite, depuis que les médecins ont appris que c'est dans la direction que l'on donne aux propriétés vitales, que se trouve la source de tous les changemens qui s'opèrent dans l'économie : aussi en a-t-on rejeté le plus grand nombre, pour ne conserver que ceux qui ont une action plus ou moins marquée sur ces diverses propriétés. *Voyez* DIGESTIF, MATURATIF. (R.)

PÉPLUS, s. m., *euphorbia peplus*, Lin. ; espèce de plante du genre euphorbe et de la famille des euphorbiées, qui est commune en été dans les jardins et les lieux cultivés. Cette espèce se distingue de ses congénères par sa racine fibreuse très-menue, par sa tige haute de six à dix pouces, rameuse dans

sa partie supérieure, par ses feuilles ovales, entières, rétrécies en pétiole à leur base, et par ses fleurs disposées en une ombelle à trois rayons, qui se bifurquent plusieurs fois.

Comme tous les euphorbes, cette plante, à l'état frais, rend par ses différentes parties un suc lactescent, âcre, caustique et d'une saveur très-brûlante, dont l'usage à l'intérieur serait un vrai poison; mais elle perd par une dessiccation parfaite une grande partie de ses mauvaises qualités, et réduite en poudre et donnée à des doses modérées, elle ne paraît plus devoir agir que comme purgative. C'est ainsi que l'un de nous a employé vingt grains de ses racines, et cela n'a produit que trois évacuations alvines qui n'ont été accompagnées ni suivies d'aucun accident. (LOISELEUR-DESLONGCHAMPS et MARQUIS)

PEPTIQUE, adj., *pepticus*, de πεπτω, je cuis; épithète synonyme de coction. *Voyez* COCTION, tom. V, pag. 407. (F. V. M.)

PEQUET (réservoir de). C'est le nom que l'on donne à une dilatation du canal thoracique, située vers la troisième vertèbre lombaire, à gauche de la colonne vertébrale, nommée aussi *cysterna chyli*. Cette dilatation n'est pas constante. *Voyez* LYMPHATIQUE, tom. XXIX, pag. 248. (F. V. M.)

PERCE-CRANE (instrument usité dans la pratique des accouchemens). On est convenu de donner le nom de perce-crâne à un instrument de forme variable, destiné à être porté sur la tête du fœtus dans la vue de diminuer ses dimensions, lorsque la nécessité de terminer l'accouchement étant reconnue, l'enfant, supposé déjà privé de la vie, ne peut être expulsé par les efforts de la mère, ni extrait, soit au moyen de la version par les pieds, soit par l'application du forceps. (Je ne parle pas ici de l'opération césarienne ni de la section de la symphyse des os pubis : ces deux moyens extrêmes, qui compromettent plus ou moins l'existence des femmes, sont rarement mis en usage lorsqu'on a acquis la certitude que le fœtus est mort.)

La perforation du crâne, désignée avec raison par quelques écrivains modernes sous le nom de céphalotomie, ne peut jamais nuire à la mère lorsqu'on apporte dans son exécution les ménagemens nécessaires; elle serait, au contraire, constamment funeste à l'enfant s'il était encore vivant au moment où l'on se décide à déchirer les os du crâne et à en extraire la masse cérébrale. Les annales de la médecine renferment un très-grand nombre d'exemples de cette fatale erreur : aussi, avant d'aller plus loin, je crois qu'il est essentiel d'exposer les signes à l'aide desquels on peut s'assurer si l'enfant contenu dans la matrice est vivant ou mort. Une fois fixé sur ce point de pratique, je ferai connaître les cas qui nécessitent la céphalotomie;

j'indiquerai les différens instrumens proposés pour faire cette opération, et la manière dont on doit s'en servir.

Signes de la vie et de la mort du fœtus. Il n'y a peut-être pas, dans l'histoire de la physique animale, de question plus obscure et plus difficile à résoudre que celle-ci; l'erreur se trouve constamment à côté de la vérité : en effet, et nous le verrons plus bas, la plupart des signes donnés comme positifs ne sont pas concluans ou sont démentis par des faits tout à fait opposés. Cependant la solution de ce point de médecine est d'une bien grande importance; car s'il n'est pas permis de sacrifier un enfant pour sauver sa mère, c'est-à-dire de porter un instrument meurtrier sur un enfant qui n'est pas encore mort, on ne doit pas non plus exposer légèrement l'existence de celle-ci pour n'extraire de son corps qu'un être qui a cessé de vivre. On ne peut éviter ces déplorables méprises qu'en apportant beaucoup de soin et une grande attention dans l'examen des signes propres à indiquer la vie ou la mort du fœtus.

Le développement gradué et successif du ventre de la femme, son état de santé, les mouvemens actifs de l'enfant appréciables entre le quatrième et le cinquième mois de la gestation par la mère et par la main d'un accoucheur exercé, doivent être considérés comme autant de signes propres à faire prononcer que l'enfant est vivant; cependant l'absence de ces mêmes signes ne doit pas toujours faire croire que l'enfant est mort : car l'observation a souvent prouvé que le volume du ventre augmentait après la cessation de la vie de l'enfant, et sans que la santé de la femme en fût altérée. On a vu des femmes valétudinaires et d'une santé délicate mettre au monde des enfans bien portans. Plusieurs faits recueillis avec soin, et que j'ai eu occasion de citer dans cet ouvrage lorsque je me suis occupé de la séméiologie de la grossesse, apprennent que certains enfans, quoique nés très-forts et pleins de vie, n'ont point donné, pendant tout le temps de la gestation, la conscience de leur existence, soit à la mère, soit à l'accoucheur. Ne sait-on pas d'ailleurs que dans les affections hystériques il se passe dans le ventre des mouvemens tellement ressemblans à ceux d'un enfant, qu'ils trompent souvent le praticien le plus habile. Enfin, quelques mères se sont laissé abuser sur la nature de ces mouvemens d'une manière si étrange qu'elles ont eu la douleur d'accoucher d'enfans morts et putréfiés le jour ou l'instant même après qu'elles avaient cru sentir remuer.

Lorsque l'enfant est vivant pendant le travail, on dit que les douleurs ou contractions utérines offrent une marche régulière, que les eaux de l'amnios sont claires, limpides : l'expérience a prouvé qu'on aurait tort de croire à la vie de l'enfant d'après ces deux signes. La peau du crâne, si cette région

se présente, est serrée, élastique; elle s'empâte, s'engorge, se tuméfie plus ou moins toutes les fois que le travail est long, laborieux, que la tête s'engage péniblement. De tous les caractères propres à constater la vie de l'enfant, le moins équivoque, dit Baudelocque, est la tuméfaction qui se forme, pendant le travail, sur la tête ou sur toute autre partie qui s'engage et qui se trouve pressée contre l'entrée du bassin. Cette tumeur, absolument incompatible avec l'absence ou la cessation des phénomènes de la vie, prouve incontestablement que l'enfant n'est pas mort. Les pulsations des artères du cordon ombilical, et les battemens de cœur sont aussi des signes de vie non équivoques, ainsi que les mouvemens de la langue, des lèvres, de la mâchoire, lorsqu'on peut en acquérir la connaissance; mais il faut convenir que l'accoucheur peut faire bien rarement de semblables explorations; il n'a le plus souvent, pour exercer ses recherches, que la région qui se présente à l'orifice de la matrice.

Les difficultés que l'on éprouve pour s'assurer si le fœtus encore contenu dans la matrice est vivant, se reproduisent lorsqu'il s'agit de prononcer sur sa mort.

Lorsque l'enfant périt pendant la grossesse, on remarque, si le travail ne se déclare pas de suite, que la matrice, distendue par le produit de la conception, obéit à sa pesanteur spécifique et s'incline du côté vers lequel la femme se penche ou se couche; du troisième au quatrième jour, les seins se gonflent, deviennent douloureux et donnent issue à un liquide séreux: bientôt ces organes s'affaissent. Les traits du visage ne tardent pas à s'altérer; la figure pâlit, les yeux deviennent languissans; un cercle bleuâtre circonscrit la partie inférieure des paupières; les forces vitales sont moins énergiques; la bouche exhale quelquefois une odeur fétide, cadavéreuse; la femme éprouve parfois des nausées, des vomissemens, des lassitudes, des faiblesses, des tintemens d'oreilles, des syncopes; le ventre s'affaisse, et il se déclare assez souvent une fièvre lente hectique. On ne peut disconvenir que ces phénomènes ne se manifestent, au moins pour la plupart, lorsque l'enfant privé de la vie vient à séjourner quelque temps dans la matrice; mais ils ne peuvent pas passer pour être concluans: car on a eu occasion de les observer dans des circonstances étrangères à la mort de l'enfant. En effet, le professeur Baudelocque a observé tous ces accidens, et dans le même ordre, à la suite d'une chute que fit une femme au sixième mois de sa grossesse, quoique l'enfant ne fût pas mort. Cette femme resta quinze jours en cet état, sans distinguer le moindre mouvement qu'on pût attribuer à l'action des organes de l'enfant; mais elle en éprouva ensuite de légers qui se fortifièrent

insensiblement; et elle n'accoucha que deux mois après d'un enfant, à la vérité, languissant et faible, qui se développa néanmoins, et vécut comme ceux qui paraissent les mieux constitués. Une autre femme, presque au terme de sa seconde grossesse, éveillée dans l'agitation d'un rêve effrayant dont elle crut encore voir le sujet, s'élance hors du lit pour se défendre et appeler à son secours : plus éveillée alors et plus calme, elle ne se plaignit que des mouvemens extraordinaires de son enfant, qui ne donna dès le lendemain d'autre signe de sa présence qu'un ballottement incommode. Les symptômes énoncés plus haut se développèrent ensuite; et la femme, accablée de ces accidens autant que de la perspective alarmante de voir naître un enfant mort, accoucha au dixième jour, non comme elle le craignait, mais d'un enfant robuste, du poids de neuf livres au moins et des mieux portans.

Lorsque la mort du fœtus précède de quelques jours l'accouchement, les auteurs disent que les douleurs ou contractions utérines sont lentes, irrégulières; les eaux de l'amnios sont le plus souvent troubles, bourbeuses, fétides, et plus ou moins colorées par le méconium qui sort prématurément; les liquides qui s'échappent de la vulve exhalent une odeur très-désagréable. La région du fœtus qui répond à l'orifice de la matrice est molle, et offre un état de flaccidité remarquable; l'épiderme s'en détache quelquefois. Lorsque c'est la tête qui se présente, il ne se forme pas à la portion des tégumens du crâne qui répond à l'orifice de la matrice, cette tumeur plus ou moins volumineuse et élastique que l'on sent ordinairement si bien pendant la vie de l'enfant, lorsque la tête est fortement pressée contre la marge du bassin ou serrée dans le détroit supérieur de ce conduit osseux. En effet, la tumeur dont je m'occupe ne peut avoir lieu lorsque la mort de l'enfant a précédé d'un seul instant l'époque du travail de l'accouchement, même l'ouverture de la poche des eaux : les os du crâne sont vacillans; la peau qui les recouvre est très-lâche et forme quelquefois sur le sommet de cette extrémité une poche remplie d'un fluide jaunâtre.

L'irrégularité des douleurs de l'enfantement, leur lenteur ou leur cessation sont le plus souvent indépendantes de la vie ou de la mort du fœtus; on peut en dire autant de la couleur et de l'odeur des eaux de l'amnios. Le professeur Baudelocque dit avoir trouvé fréquemment ces dernières très-claires et sans odeur extraordinaire, quoique l'enfant fût mort, tandis qu'elles étaient troubles, verdâtres ou grisâtres, et d'une fétidité insupportable en d'autres cas où il était vivant et bien portant. L'issue prématurée du méconium a souvent fait désespérer mal à propos du salut de l'enfant; la fétidité des humeurs qui

coulent du vagin n'est pas un signe plus assuré. Les effets de la putréfaction n'ont pas toujours lieu à l'époque de l'accouchement, soit parce que l'enfant n'est mort qu'à cette époque, soit parce qu'il peut se conserver au milieu des eaux de l'amnios sans se putréfier. On a vu des enfans n'être expulsés que plusieurs mois après leur mort; la peau, chez ces enfans, était blanche et ridée comme dans un commencement de dessèchement. La mollesse, l'altération et la chute même de l'épiderme ne sont rien moins qu'un signe décisif; elles peuvent être la suite de la maladie vénérienne dont le fœtus est infecté dans le sein de la mère, ou d'une escarre gangréneuse produite par la pression du bassin contre la tête ou la partie qui s'engage. Mauriceau, appelé pour accoucher une femme qui, depuis plusieurs jours, était en travail, trouva l'enfant engagé et présentant un bras hors de la vulve. Ce bras était tellement gangréné que Mauriceau ne douta nullement que l'enfant ne fût mort; aussi accoucha-t-il la mère sans apporter aucun ménagement pour l'enfant, qu'il jeta dans la ruelle du lit: peu de temps après il ne fut pas peu surpris en l'entendant crier, aussitôt il lui donna des soins. On lit dans le second volume des Mémoires de la société de santé de Lyon un exemple encore plus affreux. M. Balme dit avoir assisté à un accouchement dans lequel l'accoucheur sacrifia, peut-être sans une assurance suffisante du danger extrême de la mère, l'enfant qui était enclavé depuis vingt-quatre heures. La tête ouverte, affaissée et l'accouchement fait, l'infortunée victime poussa des cris perçans qui pénétrèrent d'horreur tous les assistans. Le professeur Baudelocque, que je me plais à citer, surtout lorsqu'il s'agit de faits pratiques, rapporte une observation bien remarquable: Une malheureuse femme était en travail depuis deux jours; les douleurs se faisaient à peine sentir; le ventre était singulièrement douloureux, élevé, tendu; il se dégageait de la matrice à chaque instant et avec bruit un gaz d'une puanteur insupportable; les liquides qui coulaient par la même voie n'étaient pas moins fétides. La tête de l'enfant appuyée sur le détroit supérieur n'y paraissait nullement engagée; ce détroit n'offrait que trois pouces de petit diamètre; la peau du crâne était lâche, pendante et comme en putrilage; les cheveux et l'épiderme s'en détachaient aisément. Aucun mouvement de l'enfant ne s'était manifesté depuis plus de vingt-quatre heures; le pouls de la femme était faible, mais très-accéléré, la langue, les lèvres, les gencives couvertes d'un enduit noir. La femme exhalait une puanteur cadavéreuse; jugeant que l'enfant était mort, je me décidai, dit le professeur Baudelocque, à l'extraire avec le crochet, et je tenais déjà cet instrument à la main lorsqu'un pressentiment heureux me

porta à y substituer le forceps : j'amenai un enfant vivant et bien portant, à la réserve d'une escarre gangréneuse qu'il avait au sommet de la tête, mais qui ne comprenait que l'épaisseur de la peau et qui se détacha à l'instant même. La mère, déjà gravement malade, eut de longues suites de couche; elle était à peine en convalescence un mois après. L'absence de la tumeur élastique dont j'ai parlé plus haut, et qui, en général, caractérise si bien la vie de l'enfant, n'est cependant pas toujours une preuve certaine de sa mort; car la cessation des phénomènes de la vie chez le fœtus n'est pas la seule cause qui puisse l'empêcher de se former: en effet, il peut arriver que les contractions utérines ne soient pas assez fortes pour déterminer l'engorgement, la tuméfaction de la partie qui se présente.

Lorsque l'enfant succombe durant le travail de l'enfantement, on remarque, dit-on, que la tumeur dure, élastique, qui s'était formée, pendant la durée des efforts auxquels la femme se livre, disparaît, s'amollit, devient flasque. Ce caractère ne mérite pas plus de confiance que la plupart de ceux que je viens d'analyser; car l'observation apprend que l'absence ou la disparition de cette tumeur ne donne pas toujours la certitude de la mort de l'enfant. On peut en dire autant de l'état de flaccidité qui succède à l'élasticité dont elle jouissait d'abord. La tumeur peut s'amollir et ce ramollissement peut être déterminé par une cause qui est tout à fait étrangère à la mort de l'enfant: tantôt les contractions utérines se ralentissent assez pour faire tomber dans le relâchement la peau qui était auparavant plus ou moins tendue ou rénitente; tantôt cette tumeur peut cesser d'être élastique, soit à cause de la rupture de quelques vaisseaux qui donnent lieu à un épanchement sanguin, soit parce que les fluides blancs qui n'étaient d'abord qu'infiltrés forment plus tard un amas ou collection séreuse renfermée dans une espèce de poche. Il est aisé de voir que tous les signes donnés par les auteurs que je viens d'énumérer et de discuter successivement, considérés isolément, sont équivoques, c'est-à-dire peu ou point propres à caractériser la mort de l'enfant contenu dans le sein de la mere; leur réunion ou du moins celle de la plupart d'entre eux donnent quelques probabilités, mais rien que des probabilités. Le signe véritablement pathognomonique, celui d'après lequel on peut assurer la mort de l'enfant, et le seul qui devrait peut-être autoriser à le mutiler, c'est l'absence des pulsations ou battemens des artères ombilicales, le refroidissement, la flétrissure et la putréfaction du cordon ombilical. On ne peut guère reconnaître une semblable altération que lorsque cette chaîne vasculaire forme une anse à travers le col de la matrice; mais ce signe certain est le plus souvent très-difficile à

apprécier; d'un autre côté, on ne peut pas se dissimuler qu'il y aurait parfois de grands inconvéniens à attendre la putréfaction de l'enfant ou de ses dépendances pour se décider à venir au secours de la femme. Quel parti faut-il prendre dans un cas aussi embarrassant ? On ne doit jamais agir, dit M. Capuron, qu'après avoir rassemblé le plus de probabilités qu'il est possible, et qu'après s'être environné des lumières de ses confrères; en général, il vaut mieux pécher par un excès de timidité que par un excès opposé.

Cas qui nécessitent la céphalotomie. Les causes qui exigent l'application d'un instrument tranchant sur la tête d'un enfant privé de la vie sont : la mauvaise configuration du bassin de la mère, l'augmentation de volume ou de solidité des os de la tête du fœtus : les accidens qui exigent qu'on termine l'accouchement sans délai, la tête occupant le fond du bassin, et se trouvant tellement amollie par la putréfaction, que le forceps ne saurait y trouver une prise assez forte pour l'entraîner; enfin la perforation du crâne du fœtus peut devenir nécessaire lorsque le tronc, étant dégagé et séparé de la tête, celle-ci reste dans la matrice. Je crois nécessaire de présenter ici quelques développemens sur ces différens cas.

L'étroitesse du bassin est la cause la plus ordinaire qui s'oppose à la sortie de la tête, qui n'a le plus souvent qu'un volume ordinaire. S'il existe un défaut de rapport entre ces deux parties, et que ce défaut de rapport soit tel que la tête ne puisse pas être extraite en opérant la version par les pieds ou par l'emploi du forceps, espèce de pince ou double lévier qui ne peut pas toujours en réduire suffisamment les dimensions, il devient alors nécessaire de percer le crâne, d'extraire la masse cérébrale, et de provoquer par là l'affaissement des os et la diminution du volume de cette extrémité principale de l'enfant.

Tous les degrés de resserremens du bassin n'exigent pas la céphalotomie : cette opération cesse d'être indiquée toutes les fois qu'il existe une très-grande disproportion entre la tête et cet appareil osseux. Pour rendre ceci intelligible, il est nécessaire de rappeler que la perforation du crâne réduit les dimensions du sommet de la tête, mais non la base qui reste incompressible; celle-ci conserve toujours sa largeur qui est de trois pouces pour les têtes ordinaires, et de deux pouces et demi pour les plus petites. Il semble donc que le bassin devrait offrir, du pubis au sacrum, une étendue de trois pouces dans le premier cas, et au moins de deux pouces et demi dans le second pour pouvoir livrer passage à la base du crâne. Cependant l'observation démontre qu'en donnant à cette partie de la tête une direction diagonale, on peut lui faire franchir le

bassin, quoique celui-ci n'ait que deux pouces et demi et même deux pouces d'étendue; mais audessous de ces deux dernières dimensions, c'est-à-dire audessous de deux pouces et demi pour une tête du volume ordinaire, et audessous de deux pouces pour les têtes qui sont petites, la base du crâne serait arrêtée, et il faudrait, outre la perforation du sommet de la tête, séparer avec des tenailles les diverses pièces qui en forment la base. Hunter pense que cette espèce de mutilation serait probablement plus fâcheuse pour la mère que la symphyséotomie. Le conseil, donné par Osborn, de laisser à la putréfaction le soin de désunir les os de la base du crâne, n'est pas moins dangereux. Si la perforation de la tête du fœtus cesse d'être un moyen recommandable lorsque le bassin n'a pas au moins deux pouces d'avant en arrière, elle présente de bien plus grands inconvéniens lorsque le diamètre antéro-postérieur n'offre qu'un pouce et demi. En effet, il faudrait alors, pour faire cesser la disproportion, diviser non-seulement les diverses pièces de la base du crâne, mais encore morceler, mettre l'enfant en lambeaux, parce que le tronc surpasse, dans ce cas, les dimensions du diamètre resserré. Lorsque l'étroitesse du bassin est telle qu'elle exige cette section de l'enfant dans le sein de la mère, on se demande si on ne devrait pas préférer l'opération césarienne, quoique l'enfant soit mort. Plusieurs faits semblent prouver que cette dernière opération, toute grave qu'elle est, fait courir moins de danger à la mère que le démembrement de l'enfant opéré dans son sein avec des instrumens conduits sans guide et au hasard, puisque la main de l'accoucheur ne peut pas pénétrer pour les diriger.

J'ai déjà dit que le défaut de rapport entre les dimensions du bassin et celles de la tête, pouvait dépendre du volume extraordinaire qu'avait acquis celle-ci, le bassin étant dans l'état naturel. L'expérience apprend qu'on ne rencontre guère de la part de la tête des dimensions qui surpassent de beaucoup celles du bassin, que dans les cas où l'enfant est affecté d'hydrocéphale. L'épanchement d'eau dans la cavité crânienne, qui constitue cette maladie, ne s'oppose pas toujours à l'accouchement spontané. La tête, si elle n'est pas très-volumineuse, peut s'engager et se mouler à travers la filière du bassin; mais si la collection de sérosité est assez considérable pour que le volume de la tête de l'enfant égale celui de la tête d'un adulte, l'accouchement ne saurait se terminer par les seuls efforts de la nature. Il est facile de reconnaître cette maladie lorsqu'elle est parvenue à ce degré de développement; les fontanelles sont larges comme le creux de la main; les sutures sont très-écartées; les os sont tellement minces et souples, que la tête se

durcit pendant la douleur et se relâche lorsqu'elle cesse. Cette tension et ce relâchement alternatif ressemblent beaucoup à ce qui s'observe lorsqu'on explore la poche des eaux pendant le travail de l'enfantement, et cette ressemblance a donné lieu à plus d'une méprise. Lorsque l'hydrocéphale est portée au point que la tête ne saurait se mouler dans la filière du bassin, et que les branches du forceps ne pourraient pas lui faire éprouver le degré de réduction devenue nécessaire pour traverser ce conduit osseux, tous les praticiens sont d'accord sur la conduite qu'il faut tenir alors : tous conviennent que la maladie est si dangereuse et par conséquent la vie de l'enfant si précaire, que l'on ne doit pas balancer à donner issue aux eaux par une ponction faite sur une suture ou sur une fontanelle, plutôt que de pratiquer l'opération césarienne ou la section de la symphyse des os pubis, dans l'intention de l'amener vivant. Si l'enfant vient par les pieds, dans le cas d'hydrocéphale, on remarque que la grosseur de la tête ne met obstacle à l'accouchement que lorsque le tronc est audehors ; la tête, parvenue au détroit supérieur, ne peut pas le franchir. L'indication est la même que lorsque le sommet de la tête se présente à l'orifice de la matrice : on doit ouvrir le crâne avec un instrument qu'on plonge dans le grand trou occipital, ou dans les fontanelles qui sont au bas de la suture lambdoïde.

La céphalatomie est nécessaire lorsque, l'enfant étant mort, la tête est enclavée, et que cette tête ne peut être ni repoussée avec la main audessus du détroit supérieur, ni extraite avec le forceps. La mutilation de cette extrémité principale de l'enfant est également indiquée lorsque la nécessité de terminer l'accouchement supposée urgente, la tête occupe le fond du bassin ; que la version par les pieds est impossible, et que le forceps ne trouve pas sur elle une prise convenable, parce qu'elle est amollie par la putréfaction ; enfin la tête peut être arrêtée dans le bassin après la sortie ou l'extraction du tronc ; si on ne peut pas l'extraire, soit avec la main, soit avec le forceps ou avec le crochet, il faut avoir recours au perce-crâne : c'est le seul moyen d'éviter la détroncation.

Instrumens proposés pour pratiquer la céphalotomie. On a imaginé et proposé une grande quantité d'instrumens pour ouvrir le crâne du fœtus. Leur invention est très-ancienne ; il en a été fait mention du temps de Moschion. Albucasis a laissé la description d'un instrument qui servait tout à la fois à ouvrir la tête et en opérer l'extraction : on enfonçait la pointe et les branches de cet instrument dans le crâne, et en les tournant du côté opposé, les deux branches ou crochets saisissaient intérieurement la tête. Quelques praticiens ouvraient la tête du fœtus avec un grand bistouri ou avec un grand canif dont

la lame était courte, mais fort large, en forme de feuille de myrte, ou enfin avec un bistouri courbe dont le manche était très-long. Plus tard, Mauriceau, Mesnard, Bingius, Baquié, Friend, Péan, Simpson, Denis, Ould, Voigt, Burton, Smellie, Levret, Rœderer, Valbannum, Klers, Orme, etc., ont proposé différens perforateurs, ou ont cherché à modifier ceux qui existaient déjà. Mauriceau se servait d'abord, pour inciser la tête de l'enfant mort, d'un petit couteau tranchant d'un seul côté. Cet accoucheur, à jamais célèbre, a inventé plus tard un nouvel instrument qui semble devoir être plus commode que le petit couteau. Le second perce-crâne de Mauriceau est fait sur les principes du crochet, excepté cependant que son extrémité est en forme de pique à deux tranchans séparés par une vive arête. Cette espèce de lance précède le tire-tête, c'est-à-dire qu'en présentant la pointe au crâne, on y fait une ouverture capable de recevoir la platine mobile du tire-tête imaginé par cet auteur (*Voyez* l'article *tire-tête*). Mesnard a donné la figure d'un instrument pointu et tranchant, fait en forme de lance, et qui est assez semblable à celui proposé par Mauriceau pour le même usage. On connaît les cisailles de Bingius, la tarière ou le trépan caché décrit par Ould. Le perce-crâne de Levret est composé de deux branches unies à jonction passée; un bout se termine par deux anneaux, et l'autre par deux pointes bien jointes ensemble pour percer la tête; ces espèces de pinces sont tranchantes à leurs bords extérieurs, de sorte qu'elles coupent en dilatant: c'est en quelque sorte le perce-crâne de Mauriceau, qui a la faculté de se séparer en deux pour agrandir l'incision à volonté; cela dépend en effet de l'écartement plus ou moins grand qu'on lui donne. Les ciseaux destinés à perforer le crâne, proposés par Smellie, doivent être forts et longs de neuf pouces au moins; le tranchant fait à la lime répond au dos des ciseaux ordinaires: on aperçoit au milieu des lames un arrêt, par le moyen duquel on obtient plus facilement une grande dilatation. Il est nécessaire que le perforateur de Smellie soit assez pointu pour s'insinuer au travers des tégumens et des os en le poussant avec une force médiocre; mais il n'est pas besoin qu'il soit bien tranchant, parce qu'en l'introduisant il pourrait blesser les doigts de l'accoucheur ou le vagin. Les ciseaux de Smellie sont, au rapport de la plupart des praticiens, préférables à tous les perce-crânes dont j'ai déjà parlé. En effet, il est toujours facile de les appliquer sur la tête de l'enfant, et ils ne peuvent nuire à la femme ni à l'accoucheur.

Voigt veut qu'on se serve, pour l'opération de la céphalotomie, d'un couteau aigu, dont la pointe est triangulaire, et

qui se meut dans une gaîne de laiton (*Dissertatio inauguralis de capite infantis abrupto, variisque illud ex utero extrahendi modis, à Domino Joanne Carolo Voigt.* Giessæ, 1743). En Allemagne, on a imaginé un instrument à peu près semblable et non moins sûr dans son usage : c'est une lame enfoncée dans une gaîne, et qui ressemble beaucoup au pharyngotome. On le conduit, au moyen d'un doigt, jusque sur la fontanelle ou sur la suture qu'on veut percer. Les Allemands ont probablement emprunté à Lamotte l'idée de leur perce-crâne. En effet, cet accoucheur dit s'être servi, pour ouvrir le crâne du fœtus, d'un bistouri passé à travers une gaîne ouverte par les deux bouts.

Tous ces instrumens ne sont pas nécessaires : le premier corps pointu et tranchant que l'on trouve sous sa main, comme un scalpel, un long bistouri ou mieux un couteau ordinaire (Deventer) qu'on a soin de choisir très-pointu et bien tranchant, peuvent servir à cet usage. Cependant, ainsi que le fait observer très-judicieusement M. Gardien, si l'accoucheur emploie pour cette opération un instrument trop usité, trop connu du vulgaire, on ne manquera pas de lui en faire un reproche. On n'a sûrement pas oublié qu'un homme aussi jaloux que profondément méchant, qui, pour établir sa réputation, a cherché plusieurs fois à détruire celle des autres, eut l'audace, il y a quelques années, d'accuser faussement le maître de nous tous, M. le professeur Baudelocque, de s'être servi d'un couteau de cuisine pour terminer un accouchement. Cette assertion, quoique signalée par les tribunaux comme une vile et lâche calomnie, produisit néanmoins dans le public une sensation désagréable et fit naître, dans quelques esprits, les plus injustes préventions contre le premier accoucheur de l'Europe. L'ignorance et les préjugés qu'il faut savoir respecter quelquefois, exigent donc que l'on mette une certaine importance dans le choix de l'instrument destiné à perforer la tête du fœtus.

Manière de pratiquer la céphalotomie. Cette opération est simple et ne nécessite qu'un seul instrument, qui emprunte son nom de ses usages. Je suppose que l'accoucheur a choisi celui qui lui a paru le plus commode : nous nous servons en France du perce-crâne de Levret, des ciseaux de Smellie, ou de tout autre instrument aigu. Si on donne la préférence au scalpel, à un long bistouri ou à un couteau ordinaire, comme le veut Deventer, on doit entourer d'une bandelette le tranchant du perforateur dans presque toute son étendue et couvrir sa pointe d'une boule de cire : ces précautions ne sont pas inutiles, elles facilitent l'introduction du perce-crâne, et on a

moins à craindre que cet instrument ne blesse les organes génitaux de la femme.

La facilité ou la difficulté qui euvironne cette opération dépend de la situation de la tête, de sa mobilité ou de son immobilité, de son éloignement plus ou moins grand de la vulve, par exemple, lorsqu'elle se trouve encore au détroit supérieur du bassin, ou lorsqu'au contraire elle plonge profondément dans l'excavation pelvienne; elle dépend aussi du degré de resserrement du bassin, de la dilatation plus ou moins complette de l'orifice de la matrice, etc., etc. Il faut, autant que possible, ouvrir le crâne dans l'endroit des fontanelles ou des sutures, et surtout de la sagittale; la tête n'est jamais disposée plus favorablement que lorsqu'elle présente son sommet déjà très-engagé et serré entre les os du bassin.

Présumant que les organes génitaux de la femme sont suffisamment dilatés, et tout, je le suppose, étant disposé pour pratiquer la céphalotomie, il faut coucher la femme sur le dos et la situer comme si on voulait appliquer le forceps. La tête est ordinairement assez basse et assez fermement maintenue en cet état par les fortes contractions de la matrice autour de l'enfant; mais s'il en était autrement, c'est-à-dire si elle se portait plus d'un côté que de l'autre, il faudrait l'assujétir et faire poser pour cela les mains d'un ou plusieurs aides sur le ventre de la femme. La tête de l'enfant bien fixée et la mère située convenablement, la main gauche de l'accoucheur couverte d'un corps gras pénètre dans le vagin; on dirige le doigt indicateur sur la région de la tête du fœtus où l'on se propose de fixer la pointe de l'instrument. Le perforateur, tenu de la main droite, est porté vers la paume de la main gauche; on le fait glisser le long du doigt indicateur, la pointe serrée contre le doigt, jusqu'à ce qu'on atteigne la région qu'on veut perforer. Parvenu à cette région, il faut passer l'index de la main gauche autour de l'instrument, afin de s'assurer qu'aucune partie molle de la mère n'est exposée à être blessée. Si on se sert des ciseaux de Smellie, tenus fermement de la main droite, la pointe perce d'abord les tégumens de la tête, on perfore ensuite les os du crâne en faisant exécuter au manché de l'instrument des mouvemens demi-circulaires, on continue ces mouvemens jusqu'à ce que l'on ait acquis la certitude de la perforation effective. La tête étant perforée, on porte le doigt du milieu et le pouce de la main droite dans les anneaux de l'instrument; on écarte les branches à une distance qui permette de faire au crâne une fente ou ouverture de longueur suffisante; on juge, au moyen du doigt indicateur de la main gauche retenu dans sa position respective, de l'effet que produit l'écartement des branches. Après les avoir rapprochées, on

tourne les ciseaux dans une direction transversale, on écarte de nouveau les branches, en apportant toutefois les mêmes précautions : on parvient par ce moyen à faire au crâne une ouverture cruciale d'une grandeur convenable; on ferme et on retire ensuite les ciseaux de la même manière qu'ils ont été introduits. Si on se sert d'un autre perforateur, d'un couteau ordinaire, par exemple, après avoir pris les sûretés et les précautions énoncées plus haut, on le dirige, à la faveur de quelques doigts qu'on a préalablement conduits dans le vagin, jusque sur le crâne qu'on perfore; on tâche de faire une incision angulaire ou cruciale. En effet, une simple fente ou incision ne suffit pas toujours pour évacuer le cerveau; cependant on est quelquefois obligé de s'en contenter : cela arrive surtout lorsque le sommet de la tête ne répond pas à l'orifice de la matrice. Quelque minces, quelque faibles que soient les os du crâne à l'époque de la naissance, il n'est pas toujours facile de les diviser dans une certaine étendue, surtout si l'on ne fait que presser sur le dos du perce-crâne. Il faut, pour en venir à bout, les fendre en sciant, c'est-à-dire pousser et retirer tour à tour l'instrument, sans cependant en dégager la pointe à chaque trait. Lorsque l'ouverture du crâne est suffisante, on retire le céphalotome et on renverse les os compris dans la section, ou, ce qui est mieux, on les enfonce en dedans, afin de préparer une issue plus facile au cerveau. L'ouverture faite à la tête du fœtus doit être assez grande pour permettre aux doigts de pénétrer dans la cavité crânienne, et d'extraire la masse cérébrale. Cette introduction n'est cependant pas toujours nécessaire pour faciliter la sortie du cerveau. Les contractions utérines suffisent souvent pour solliciter et déterminer l'expulsion de cet organe. Les doigts, placés dans l'intérieur du crâne, et recourbés en forme de crochets, peuvent servir à extraire la tête : quand ils sont insuffisans, on a recours aux crochets qu'on applique sur l'occiput, ou l'on emploie le tire-tête. *Voyez* CROCHET et TIRE-TÊTE.

Si le tronc est au dehors et s'il faut ouvrir le crâne parce que la mauvaise conformation du bassin s'oppose à la sortie de la tête, jusqu'à ce qu'on ait diminué auparavant sa grosseur, on recommande de faire l'incision, non sur la suture sagittale, cela est impossible; mais au milieu du front, sur l'une des branches de la suture coronale, au milieu de l'occiput, ou dans la direction de la suture lambdoïde. Lorsque l'augmentation du volume de la tête reconnaît pour cause l'accumulation d'une certaine quantité de sérosité dans le crâne, on peut l'évacuer en portant un trocart dans le trou occipital ou dans les fontanelles postérieures latérales et inférieures. Du reste, on ouvre, on vide, on affaisse le crâne et on l'entraîne ensuite

avec la main ou avec un crochet qu'on applique sur la mâchoire supérieure ou sur le front. L'indication est donc la même que lorsque la tête avance la première ; mais il n'est pas aussi facile d'y satisfaire. Quelques praticiens pensent que le crochet mérite alors la préférence pour ouvrir le crâne, parce que les instrumens dont la pointe ne forme pas un angle avec le corps ne font qu'effleurer la tête sans pénétrer dans l'intérieur de cette cavité.

Lorsqu'on a vidé la tête, il peut rester des débris du cerveau dans la matrice ou dans le vagin : aussi ne doit-on jamais négliger, aussitôt que l'opération est terminée et que la femme est délivrée, de faire des injections d'eau tiède dans ces organes, pour les nétoyer et entraîner les débris du cerveau qui pourraient y être retenus.

Il paraît, en général, que les praticiens anglais font assez légèrement la perforation du crâne de l'enfant : en effet, les professeurs Bland et Mériman ont eu recours à ce moyen quinze fois sur trois mille six cent quatre-vingt-dix-sept accouchemens, ou une sur deux cent trente-six : tandis qu'à l'hospice de la maternité de Paris, sur vingt mille deux cent quatre-vingt-trois accouchemens, on n'a employé la perforation que seize fois, c'est-à-dire une sur treize cents. Les inductions que l'on peut tirer de ces résultats sont faciles à saisir. (MURAT)

PERCE-FEUILLE, *voyez* BUPLÈVRE, vol. III, p. 406. (L.-DESLONGCHAMPS)

PERCE-MOUSSE, *voyez* POLYTRIC. (L.-DESLONGCHAMPS)

PERCE-NEIGE, s. f., *galanthus nivalis*, Lin., hexandrie monogynie : charmante narcissée qui fleurit au milieu des frimas, et réjouit le cœur de l'espoir du printemps. Sa fleur, élégamment inclinée, et seule dans la spathe qui la renfermait avant son développement, offre six divisions : trois extérieures sont concaves et blanches ; les trois autres sont plus petites, échancrées et verdâtres. La perce-neige se trouve dans nos bois comme dans nos jardins ; partout elle plaît également.

Quoique les bulbes de la perce-neige ne soient qu'émollientes, suivant quelques auteurs, tout porte à croire qu'elles partagent les propriétés émétiques de celles des narcisses, avec lesquels cette plante a les plus grands rapports. Une femme de la campagne étant venue vendre au marché, dans une ville d'Allemagne, des ognons de perce-neige pour ceux de ciboulette, toutes les personnes qui en mangèrent furent prises de vomissemens, qui d'ailleurs se calmèrent facilement et ne furent suivis d'aucun accident.

L'usage qu'on a fait de l'eau distillée de perce neige contre la cataracte et pour effacer les taches de rousseur, ne mérite

sûrement pas d'être rappelé. Cette plante est du grand nombre de celles qui sont aujourd'hui absolument inusitées.

(LOISELEUR-DESLONGCHAMPS et MARQUIS)

PERCEPTA (*continuation de l'article* MATIÈRE DE L'HYGIÈNE). Sixième division de la matière de l'hygiène, dans laquelle sont comprises, sous le titre de PERCEPTIONS, *toutes les impressions qui intéressent la sensibilité*. Suite de cette division. *Troisième subdivision*: AFFECTIONS DE L'AME.

En commençant l'esquisse de cette sixième division de la matière de l'hygiène (*Voyez* MATIÈRE DE L'HYGIÈNE, t. XXXI, pag. 170), nous l'avons partagée en trois sous-divisions.

Dans la première, sous le titre de *sensations*, nous avons rangé les impressions reçues tant par les sens externes que par les sens internes. Dans la seconde, sous le titre de *facultés intellectuelles*, nous avons compris tout ce qui a rapport aux facultés de former et de fixer des idées, de les conserver dans la mémoire, de les combiner par le jugement et le raisonnement, de les agrandir, et d'en créer de nouvelles par l'imagination. Enfin, dans la troisième sous-division, nous nous proposions de présenter le tableau de tout ce qui appartient aux *affections de l'ame*. C'est à cet endroit que nous avons été obligés d'interrompre notre article : nous nous proposions de le continuer dans un supplément, que nous annoncions devoir être mis à la tête de l'article *règles de l'hygiène*. Mais depuis, nous avons pensé que le mot *percepta* serait un titre sous lequel ce supplément serait plus convenablement placé; et qu'en outre il se trouverait par-là plus rapproché de l'article principal, dans lequel les affections de l'ame devaient d'abord être comprises.

Nous allons en conséquence présenter ici le tableau de ce qui constitue cette partie importante de la *matière de l'hygiène*. Ce sera le sujet principal de l'article actuel, qui doit ainsi être regardé comme le complément de celui que nous avons été forcés d'interrompre.

3°. *Affections de l'ame*. Tout ce qui a été reçu par les sens, conçu par l'intelligence, développé par l'imagination, senti intérieurement par l'ame, et qui a fait sur notre esprit une impression de convenance ou de disconvenance, ou qui a produit dans notre ame un sentiment de plaisir ou de peine, a, par cela même, été jugé par nous et apprécié. Quand ce jugement dérive immédiatement du sentiment même, il est plus prompt; il est plus lent, mais plus sûr, quand il est le résultat de la réflexion; et, de quelque source qu'il provienne, il se forme avec beaucoup plus de vivacité et de promptitude quand il est mu et accéléré par l'imagination. C'est ce qui nous a fait dire (tom. XXXI, pag. 178) que l'ima-

gination touche de plus près aux affections de l'ame que les autres facultés intellectuelles. Mais, quelle que soit l'origine de nos jugemens, ils peuvent, selon l'intérêt que nous y mettons, faire naître en nous des affections qui nous attachent à l'objet jugé ou nous en éloignent, nous le font aimer ou prendre en aversion : c'est là ce que nous appelons *affections de l'ame*. On doit distinguer les simples affections de l'ame des *passions*, mais seulement dans le degré et les effets de ce degré. L'affection détruit l'indifférence, la passion met l'ame dans un état qui est hors de sa mesure ordinaire. C'est alors un état de souffrance, qui a été exprimé par le même mot qu'on a employé pour désigner la maladie, πάθος, πάθημα, d'où dérivent les mots *pati*, *passio*, *animi pathemata*, etc. Ainsi la *passion* est un degré des affections de l'ame, qui les fait sortir de leurs mesures naturelles et ordinaires, et qui place l'homme dans une situation peu convenable au bon ordre de ses fonctions, et contraire aux conditions favorables à la santé. Le préjudice devient notable si le mouvement des passions n'est pas passager, mais se prolonge et prend une durée trop grande, ou si elles sont à la fois brusques, violentes et excessives, ou enfin si la constitution de l'individu est trop faible ou trop affaiblie pour résister aux secousses qu'elles occasionent.

Il était essentiel de placer en tête de cet article cette distinction entre les deux mots *affection* et *passion*; elle nous paraît simple et vraie. Dût-on ne pas attacher à ces deux expressions le même sens que nous, l'idée que nous leur faisons exprimer est dans la nature, et conforme à l'observation. Ainsi, de quelque manière qu'on l'exprime, la différence que nous exposons est positive et essentielle à adopter sous le point de vue de la médecine.

Il s'agit maintenant d'ordonner les affections de l'ame suivant une classification propre à en faire bien apprécier la nature et les différences, sous le rapport de l'hygiène et de la médecine morale.

Quand on considère les affections de l'ame et les passions comme faisant partie de la matière de l'hygiène, il faut les distinguer et les ordonner, moins sous leurs rapports philosophiques, métaphysiques ou moraux, que sous ceux qui rendent leur action sur l'économie et leur influence sur ses phénomènes plus aisément appréciables. C'est ainsi qu'on parviendra mieux à acquérir l'intelligence de leurs effets, de même qu'à leur donner la direction et la mesure propres à en diminuer les inconvéniens ou à en développer les avantages. C'est dans cet esprit que nous avons principalement composé cet article, sans vouloir critiquer ni rejeter pour cela les méthodes qui ont été adoptées dans d'autres vues.

D'après cette intention, et ne désirant donner ici que les

bases d'une classification méthodique des passions et des affections de l'ame, seulement dans des vues spécialement adaptées à l'hygiène, nous avons à dessein fait abstraction des considérations présentées par divers philosophes qui se sont occupés d'étudier l'esprit de l'homme, et de méditer sur son existence morale et intellectuelle, depuis Platon et Aristote parmi les anciens; Descartes, Leibnitz, Malebranche, Locke et Condillac dans les dix-septième et dix-huitième siècles, jusqu'à Reid, Stewart, Kant, Fitche, Darwin et Cabanis même; ainsi que par plusieurs de nos physiologistes et de nos métaphysiciens modernes.

On peut et on doit consulter leurs ouvrages, même en se livrant spécialement et exclusivement à la médecine, pour compléter la connaissance qu'il nous importe d'avoir de l'homme physique et moral, et pour le voir et le comparer à lui-même sous tous les rapports. Mais ici il nous convenait de nous écarter de la voie tracée par ces hommes célèbres, et de marcher dans une autre route, dans laquelle nous les rencontrerons sans doute, mais où nous ne nous astreindrons pas à suivre leurs traces.

L'objet de la médecine est de bien apprécier d'abord la nature physiologique des passions, puis leurs conséquences pour la santé, enfin de déterminer leur régime; c'est-à-dire de fixer les moyens de les diriger et de les modérer pour la conservation de la santé.

Nous nous occuperons d'abord ici de leur nature physiologique; ensuite, rapprochant les affections de l'ame des sensations et des opérations intellectuelles, nous examinerons l'influence des unes et des autres sur la santé: quant à leur direction salutaire et aux moyens d'en modérer les effets dangereux, nous renverrons cet objet à l'article du *régime*. *Voyez* RÈGLES DE L'HYGIÈNE.

Nature des passions. La nature des passions se compose des *causes* qui leur donnent naissance, des émotions qui en font le *caractère*, et des *signes* sensibles par lesquels elles se manifestent et se font reconnaître au dehors.

Les causes des passions sont dans les objets ou les occasions qui les font naître, dans la nature des rapports de ces objets avec nous, dans la force que ces mêmes rapports empruntent de la disposition individuelle des sujets qui éprouvent les affections, enfin dans les modifications que l'éloignement des temps, la distance des lieux, et la durée des impressions apportent à ces rapports.

Le caractère des passions est déterminé par le genre de l'émotion éprouvée, par le degré auquel elle est portée, par sa persévérance, et par les changemens et les variations dont elle est plus ou moins susceptible.

Les effets sensibles par lesquels la passion se manifeste au dehors se rapportent à l'expression qui les peint, aux mouvemens qu'elles excitent, aux communications qui les font connaître et les transmettent, aux volontés et aux déterminations qui en résultent.

Après avoir ainsi arrêté les différens points auxquels doit se rapporter l'analyse physiologique des passions, il sera bon d'examiner en quoi consiste une affection différente de toutes les autres, et que l'on désigne communément par le mot *ennui*.

I. *Causes des passions.* 1°. *Objets ou occasions qui donnent naissance aux affections de l'ame et aux passions.* Nous avons vu, en parlant de la *faculté de former des idées* (tom. XXXI, pag. 174), que les idées, quelle que soit leur origine, qu'elles dérivent des impressions reçues par les sens, ou qu'elles soient un produit des opérations intellectuelles, une fois conçues, devenaient pour nous des êtres abstraits, existant réellement au dedans de nous par la pensée, sur lesquels notre esprit opère, que nous sentons, que nous considérons, auxquels nous nous attachons, et qui nous intéressent par l'effet d'une *sensibilité intellectuelle ou morale*, comparable à peu près en tout à la *sensibilité organique ou physique*, qui nous fait percevoir les impressions faites sur nos sens.

La sensibilité intellectuelle ou morale est la source des affections de l'ame et celle des passions, qui n'en diffèrent que par le degré.

Parmi les objets de ces affections, les uns sont placés hors de nous : ils ont fait impression sur nos sens et ont fixé notre attention. Les autres sont nos pensées elles-mêmes, ou plutôt les conceptions de notre esprit; ce sont des êtres nés de notre intelligence ou créés par notre imagination, qui n'existent que dans notre pensée, que notre esprit réalise, et auxquels il prend intérêt. Tous également pourront affecter notre ame et y faire naître des passions.

Soit que l'impression que ces objets, réels ou intellectuels, ont fait sur notre esprit ou sur notre ame, nous paraisse encore présente ou récente; soit qu'après avoir été oubliée, elle se reproduise en nous par des circonstances, des rapports, ou des rapprochemens qui nous la rappellent, indépendamment de notre volonté et par l'effet d'une association d'idées; soit enfin que la mémoire la renouvelle volontairement, la passion à laquelle elle a donné lieu, ou s'entretient, ou se réveille; et suivant la différence de ces conditions qui l'accompagnent, elle prend ou conserve plus ou moins d'empire sur nous. J'appellerai ce premier ordre d'affections, quelle qu'en soit la cause, *affections immédiates*.

Souvent, sans qu'il y ait un objet distinct et réel, matériel

ou abstrait, qui nous occupe spécialement, notre ame peut se trouver émue par des causes physiques, qui sollicitent nos organes et qui la mettent par-là dans une situation semblable à celle que produiraient sur elle des objets qui cependant n'existent réellement ni hors de nous ni dans notre pensée. Nous croyons pouvoir désigner ce genre d'affections par l'expression d'*affections symptomatiques.* C'est ainsi que les accords et les modes de la musique tantôt développeront le sentiment de la volupté et disposeront à la mollesse, tantôt au contraire éleveront l'ame, produiront l'enthousiasme, le courage, la colère; inspireront la gravité, le respect et le recueillement religieux; porteront à la pitié, à la tendresse, à l'amour. Il est des circonstances où la nature même des couleurs, où les mesures et l'intensité de la lumière produiront ou favoriseront de douces ou de vives émotions : c'est ce qu'on observe surtout chez l'homme malade et chez certains animaux. Parmi les autres sens, en est-il qui ait plus d'influence sur les affections voluptueuses que l'odorat? L'organe du tact n'est-il pas lui-même susceptible, par certains genres d'excitations, de réveiller des émotions profondes et passionnées, de porter son influence sur l'organisation entière, et de changer les mesures et le mode de sensibilité dans toute l'étendue du système nerveux? Celui du goût serait peut-être, de tous, le plus étranger à l'ame, s'il n'était pas presque inséparable de celui de l'odorat; et l'influence des organes génitaux sur la violence de nos passions, et sur le souvenir des objets qui les ont développées, a-t-elle besoin d'être démontrée ici?

Enfin, il est des émotions qui se transmettent d'un individu à un autre et qu'on peut appeler *sympathiques.* L'impression que fait sur un homme la passion plus ou moins forte dont un autre homme est animé, donne naissance à des affections de cette espèce, et les animaux mêmes y sont sensibles. L'effet de cette impression est ou de communiquer une émotion semblable, ou d'en exciter une opposée, souvent d'en déterminer une différente, mais qui est la conséquence de la première. Les moyens de cette transmission ou de cette influence sont l'expression des traits du visage, la puissance des regards, le son de la voix, le ton, l'accent, l'artifice de la parole, ou l'activité des gestes, l'intérêt d'un récit, d'un fait écrit, raconté, exprimé de manière à en produire dans l'esprit une représentation plus ou moins vive et fidèle. Les intermèdes de cette communication sont la vue, l'ouïe, l'imagination; par leur moyen l'ame est entraînée dans toutes les conséquences de la passion génératrice. Ainsi la menace inspire la crainte, ou provoque l'indignation et la résistance; la colère allume la colère ou produit la frayeur; l'amour appelle l'amour; la souffrance excite la pitié; la prière sollicite la bienveillance, et

le mot *compassion* exprime bien la peine partagée par une ame sensible aux souffrances d'autrui.

Mais qui pourrait expliquer l'influence des sympathies et des antipathies entre les individus, indépendamment de toute connaissance et de toute réflexion? Influence dont les traits de la figure, les yeux, les regards, la voix, le maintien, les mouvemens, les formes, les émanations peut-être! composent le charme et renferment le mystère, et qui donne cependant à l'homme sur l'homme, à un sexe sur l'autre, un pouvoir que l'on sent si bien, sans pouvoir l'analyser. Ce sont encore là des causes ou des occasions qui donnent lieu au développement des affections les plus fortes et les plus irrésistibles.

2°. *Nature des rapports qui existent entre nous et les objets de nos affections.* La nature des objets auxquels nous sommes sensibles, et le genre d'impressions qu'ils font sur nos organes ou sur notre esprit, ont sans doute, comme il vient d'être dit, une grande influence sur la force, la durée et la persistance de nos affections. Mais la nature des rapports que ces objets ont avec nous, et le genre d'intérêt que nous leur portons en conséquence, ne sont pas en eux; ils sont dans notre ame même, et dans le degré de sensibilité dont elle est douée à leur égard. C'est de la diversité de ces rapports et de la mesure de ces intérêts que se forment les divers genres et les divers degrés d'affections qu'ils font naître au dedans de nous.

Au nombre de ces rapports, il faut mettre d'abord tout ce qui nous touche individuellement et intéresse immédiatement notre existence; viennent après cela les choses qui sont en notre possession et qui constituent nos propriétés; ensuite les personnes ou les choses qui sont liées avec nous personnellement; puis les associations auxquelles nous appartenons nous-mêmes, et dont nous faisons partie. Enfin, quels que soient ces différens genres de relations, leur valeur et leur puissance se trouvent augmentées en nous et même changées par des affections déjà développées, et qui ont donné à nos organes ou à notre ame une mesure de sensibilité plus grande. L'énumération des considérations comprises sous ces différens rapports en fera sentir la valeur et l'importance.

Nous sommes individuellement et immédiatement intéressés à notre conservation, à la satisfaction des besoins auxquels elle est essentiellement liée; aux jouissances qui constituent nos plaisirs, et spécialement à suivre l'impulsion qui porte l'homme, comme tous les animaux, à la propagation de son espèce.

Nous sommes avertis de ce qui importe à notre conservation par le sentiment du besoin, par celui du plaisir, par l'expérience, qui nous instruit dans le choix des choses capables d'y contribuer; nous sommes avertis de ce qui la me-

nace, soit au dehors, soit au dedans de nous, par la douleur et la souffrance. Les sens externes et les sens internes sont éveillés en nous sur tous ces intérêts, et le sentiment de toutes ces choses fait naître les différens genres d'affections qui nous les font rechercher, qui nous y attachent ou nous en éloignent. La crainte ou le sentiment de leur privation, l'appréhension ou la présence du danger, peuvent convertir l'affection la plus naturelle en une passion violente.

Peu différent du besoin, l'attrait du plaisir, ou produit par la jouissance, ou rappelé par le souvenir, ou pressenti par un instinct quelquefois indéfinissable, fait naître en nous un penchant qui nous entraîne vers les objets qui le produisent, quel que soit l'organe qui en peut être le siége.

Le sentiment même de nos facultés est aussi la source d'un besoin, celui de les exercer; il est par conséquent aussi l'origine d'un plaisir proportionné à ce besoin, ainsi qu'à l'étendue des facultés qui le font naître, et à la proportion qui existe entre la faculté et les puissances qui la mettent en œuvre.

Enfin, l'impulsion qui rapproche les sexes prend sans doute sa naissance d'abord dans un besoin irréfléchi dû au développement des organes que la nature y a consacrés. Mais ce besoin entraîne le concours de tant de sens, et s'associe tant de perceptions, il intéresse tant d'organes, que l'aveugle instinct qui fait distinguer à l'animal l'objet et le but de ce besoin est loin d'être le seul moteur de l'élan qui porte l'homme à le satisfaire. D'une part, aucun de nos sens n'y est étranger; de l'autre, un seul sens suffit pour avertir et éveiller tous les autres, et les faire conspirer tous au même œuvre. Alors, de mille jouissances se forme un seul plaisir et une seule passion, dont l'analyse se compose de tous les élémens de l'organisation; en sorte que, dans la classification des affections de l'ame, il n'est aucun chapitre où ce sentiment ne puisse trouver une place.

Tous les rapports dont nous venons de parler sont pris dans l'homme lui-même, et les intérêts qui en naissent peuvent être appelés *intérêts individuels* et *d'existence*.

En portant ses regards et son attention hors de soi, l'homme considère comme faisant presque partie de lui-même tout ce qui, ou lui donne la garantie de son être, ou fait la matière des jouissances plus ou moins essentielles à son bonheur. De ce nombre sont les choses qui lui appartiennent en propre, sur lesquelles il a des droits, c'est-à-dire qui constituent ses propriétés. Sous ce titre, il faut réunir tout ce qu'il regarde comme étant en sa possession, ses biens, sa fortune, ce qui compose sa maison, et se trouve à sa disposition et sous ses ordres; là il faut placer aussi les titres de son existence civile; joignez à cela ses droits, ses prétentions, son honneur; comptez-y

encore ses productions et ses ouvrages, à plus forte raison, ses opinions, ses jugemens, ses volontés, ses déterminations, et les actions qu'il exécute ou qu'il prétend exécuter en conséquence; enfin mettez encore dans ce rang l'opinion qu'il a de lui-même et celle qu'il désire, qu'il prétend, qu'il croit que conçoivent de lui ses proches, ses amis, tous ceux qui le connaissent ou dont il croit être connu, qui sont pour lui comme le public, et l'estime ou la considération qui en résultent et dont jouit son *amour-propre*. Tout cela, en effet, constitue une partie de son existence, et c'est encore, par conséquent, lui-même qu'il voit et dont il s'occupe, quand il sent son intérêt engagé ou compromis dans quelqu'un de ces objets. Ses intérêts, à cet égard, sont donc des *intérêts de jouissance personnelle ou de propriété*.

L'intérêt que l'homme prend à lui-même n'est pas le seul, il n'est pas même toujours le plus puissant sur son ame. Les liens qui l'attachent à son épouse, à ses enfans, à ceux dont il a reçu le jour, la nourriture et tous les soutiens de son enfance, en font comme une partie de lui-même : ce sont les *intérêts de famille*.

Outre ces nœuds que la nature elle-même a tissus, la société l'aide à en former d'autres, en multipliant ses rapports, ses besoins, ses périls et ses jouissances. Elle unit l'homme à l'homme par toutes les communications qui la constituent. Le faible soutenu, secouru, protégé par le fort; le fort attaché au faible, dont il est l'appui et dont l'existence et la conservation deviennent son ouvrage; les unions qui s'établissent en conséquence de la conformité des caractères, des goûts, des habitudes, des pensées, des intérêts, des situations; les nœuds formés par l'amitié et la confiance, par l'estime, par le besoin de communiquer ses idées, par celui de s'entr'aider et de trouver une nouvelle force, une nouvelle puissance dans le concours des forces et des facultés de plusieurs, et de leurs moyens réunis; l'avantage de modérer le sentiment du malheur par la douce consolation, de doubler celui du bonheur en le partageant, de s'enhardir mutuellement contre le danger, de prendre des forces et de renouveler son courage contre l'adversité; toutes ces ressources que l'homme cherche et trouve dans l'homme, de plusieurs êtres ne fait, pour ainsi dire, qu'un seul être, dans lequel tous sentent, pensent, jouissent et souffrent en commun l'un pour l'autre et l'un par l'autre. Ainsi les *intérêts de société privée* sont une espèce d'extension des intérêts et des affections de famille, et donnent lieu, selon les circonstances qui les favorisent ou qui les blessent, à des affections et à des passions semblables.

En étendant et agrandissant ce cercle, et en généralisant ses relations individuelles et privées, l'homme se trouve faire

partie d'une société plus nombreuse, dont les intérêts communs se réfléchissent sur lui et l'affectent puissamment, même sans le toucher immédiatement. Il appartient à son pays et à ses concitoyens, à sa patrie et à la nation dans laquelle il est né, dont il prend le nom, et au milieu de laquelle le climat, l'éducation, les habitudes lui ont imprimé un caractère spécial qu'on nomme national. Dans cette patrie même il tient à l'ordre de citoyens dans lequel il est placé par sa naissance et sa condition, aux hommes qui exercent la même profession que lui, aux corporations dont il fait partie, aux partis dans lesquels il s'est rangé et dont il a adopté les opinions, soit politiques, soit religieuses. Ce sont là des intérêts qu'on peut appeler *intérêts publics*, à la tête desquels sont les *intérêts de la patrie*, en y comprenant toutes les divisions sociales dont la patrie se compose. En effet, si ces cercles tracés dans la grande société n'en troublent pas l'harmonie, l'influence qu'ils exercent sur l'homme, en l'élevant audessus de lui-même, l'agrandissent, l'ennoblissent, et subordonnés à l'amour de la patrie, qui l'ennoblit encore davantage, ils fortifient les intérêts auxquels il est devenu sensible du témoignage de sa conscience, et d'une estime légitime de lui-même, que lui donne le sacrifice que, souvent, il fait de ses intérêts individuels au bien et à l'intérêt général. Ses affections prennent alors une force nouvelle. Ce qui intéresse la société dont il fait partie semble lui être fait à lui-même. Rarement, contenues dans cette mesure, les affections qu'il conçoit sous ces rapports arrivent-elles à l'excès qui caractérise les passions exagérées. Mais si le patriotisme est remplacé par l'esprit de parti; si l'esprit public est étouffé sous l'esprit de corps et sous le fanatisme des sectes et des factions : alors les affections qui en résultent perdent de leur noblesse, prennent un caractère de personnalité, d'autant plus qu'elles s'éloignent et se séparent davantage de l'intérêt général. En même temps elles s'élèvent facilement à tous les excès des passions, en proportion de ce que celui qui en est animé, se dissimulant plus aisément ce qu'elles tiennent de l'égoïsme, s'y abandonne avec plus de sécurité et moins de mesure. Ces considérations sont importantes dans l'étude des affections de l'ame, en tant que le caractère que prennent celles-ci dépend en partie de leur origine et de la manière dont elles se sont développées.

Enfin les causes de nos affections exerceront une influence supérieure à celle que leur donneraient leur objet et le genre de rapport qui constitue l'intérêt que nous lui portons, si elles trouvent déjà notre ame émue, et par là plus sensible aux impressions qu'elle est disposée à en recevoir. Nous appellerons ce genre d'intérêt *intérêt de passion*. Ici, le degré auquel s'élève l'affection peut se comparer à celui que les moindres im-

pressions développent chez les personnes que l'on nomme nerveuses, ainsi que dans quelques maladies de l'esprit. L'irritabilité exagérée qui appartient à la situation dont nous parlons est dans le fait une sorte de maladie de l'esprit qui porte hors de mesure les effets de toutes les impressions que l'on reçoit, soit en général quand cet état s'est étendu à tout le caractère, soit en particulier quand la sensibilité s'est spécialement exaltée sous certains rapports. C'est ce qui constitue les hommes *passionnés*.

Il nous paraît nécessaire de nous arrêter un moment ici sur les caractères physiologiques de cet état qui fait toute la force des intérêts de passion.

Quelle que soit l'origine d'une affection, par quelque voie qu'elle ait été transmise à notre ame et l'ait émue, tant que cette émotion dure, ou qu'elle a laissé quelque trace qui n'a pas été effacée par un état parfait de calme et de repos, il y a toujours en nous une disposition à reproduire cette même affection ; et son renouvellement, quand la cause est la même et dans la même mesure, la porte toujours à un degré plus fort qu'antérieurement. L'excès de cette nouvelle impression sur l'affection antérieure est proportionnel au degré d'émotion et de sensibilité que celle-ci a laissé au dedans de nous après elle. La source de cette exagération est, ou dans le sens même par lequel cette impression nous est parvenue, ou dans l'organe intellectuel où l'idée a été empreinte plus ou moins fortement et dans tout ce qui en constitue la mémoire, ou dans l'intérêt de peine ou de plaisir que cette idée ou cette sensation nous ont déjà fait éprouver, ou enfin dans une disposition nerveuse, soit naturelle, soit acquise, générale ou spéciale qui nous prépare à être plus ébranlés par la représentation des mêmes objets et qui ne nous permet plus de les sentir modérément.

On peut se faire une idée de la cause physique de cette disposition par une observation que beaucoup de personnes ont aisément pu faire sur des individus affectés de surdité incomplète. Elles ont pu remarquer que quand ils sont placés dans une voiture roulante, les secousses et les ébranlemens accompagnés de bruit, qu'on éprouve en voiture, rendaient à ces individus la faculté d'entendre distinctement ceux qui leur parlent, beaucoup mieux qu'ils ne feraient étant tranquilles dans un appartement isolé et éloigné de tout bruit extérieur, quelque effort que l'on fasse alors pour s'en faire entendre. On a profité de cette remarque pour rendre à des sourds, même de naissance, mais non pas insensibles à toute espèce de bruit, la faculté de percevoir la parole, et de jouir en quelque degré des avantages de la conversation. On prend pour point de départ la mesure de bruit ou plutôt de son à laquelle leur oreille paraît sensible, et delà, à l'aide d'un instrument qui fixe ce

point, on dresse cet organe, et on l'habitue peu à peu à distinguer des sons moins forts; on les amène enfin, moyennant une attention soutenue de leur part, et par une gradation bien suivie, à un degré de susceptibilité qui met leur ouïe en rapport avec tout ce qui les entoure. M. Itard a fait dans ce genre des observations très-intéressantes dans la maison d'éducation des sourds et muets. Il en a fait et publié d'autres qui ne nous seraient pas moins utiles sous le rapport des autres facultés qui dépendent de la sensibilité, dans les essais qu'il a tentés sur une espèce d'idiot qu'on a connu sous le nom de *sauvage de l'Aveyron*; mais nous ne devons pas nous étendre davantage sur ce sujet en ce moment.

Il suffit d'avoir démontré que la sensibilité de nos organes est une propriété qui peut s'élever à bien des degrés différens, et d'avoir fait saisir les rapprochemens qui mettent la sensibilité physique en parallèle avec la sensibilité morale.

De ce qui vient d'être observé, il résulte que l'état et la mesure de sensibilité des organes par lesquels l'impression est transmise, ont aussi une grande influence sur les résultats de cette impression, sur la vivacité de l'intérêt et le degré de l'affection qu'elle fait naître, et sur son passage à l'état de passion, j'oserais presque dire sa *passionnabilité*.

Mais cette considération, fort importante dans le sujet qui nous occupe, appartient aussi à l'article où nous allons examiner les conditions qui nous rendent susceptibles d'éprouver ces passions.

3°. *Influence de la disposition des sujets sur le développement des passions.* Ce que nous venons de dire fait déjà voir que les rapports par lesquels les choses nous intéressent empruntent une grande partie de leur force des dispositions où se trouvent notre esprit ou nos organes, et que ces dispositions consistent dans une mesure de sensibilité qui nous rend plus ou moins susceptibles d'émotions, et disposés en conséquence à concevoir des affections proportionnées à cette sensibilité. Il est donc nécessaire, pour compléter ce qu'il nous importe de savoir sur les sources de nos affections, de se rendre compte : 1°. du siége de ces dispositions, 2°. des causes auxquelles elles tiennent, 3°. de l'influence que le concours de plusieurs sens dans une même affection peut avoir pour en augmenter et en multiplier les effets.

Le *siége* des dispositions qui accroissent notre sensibilité peut être : 1°. dans les organes des sens; 2°. dans les facultés de notre esprit; 3°. dans la susceptibilité de l'ame; 4°. dans la mesure du caractère. En effet la force de nos passions peut tirer son origine de l'organisation même de nos *sens*, de la vivacité avec laquelle nous en percevons les impressions, pour nous en former intérieurement des idées plus ou moins vives,

exactes et durables. Nos passions peuvent aussi dépendre de l'aptitude de notre *esprit* à fixer ces idées par l'attention, à les représenter de nouveau avec plus ou moins de fidélité par la mémoire, à nous y attacher plus ou moins fortement par la méditation, à les féconder par la réflexion et le jugement, à les animer, les exagérer et en étendre les conséquences par l'imagination. Le degré auquel se montent nos affections dépend surtout de la susceptibilité de l'*ame*, capable d'émotions plus ou moins promptes et vives, et de mettre plus ou moins de chaleur dans l'intérêt qu'elle porte aux choses qui l'affectent. Enfin nos passions tiennent une grande partie de leur puissance, de ce qu'on nomme communément le *caractère*, c'est-à-dire, de la mesure ou moindre ou plus forte d'énergie, de constance, de fermeté, de persévérance des volontés, des résolutions et des déterminations auxquelles nous portent tous ces genres de sensibilité.

Sous tous ces rapports, on observe entre les individus de grandes et de nombreuses différences.

Les *causes* de ces différences sont, ou *naturelles* et constitutionnelles, ou *acquises*.

Les premières sont celles qui paraissent naître avec les individus, faire partie de leur constitution, tenir à leur organisation. Elles détermineraient la mesure de leurs affections dans tout le cours de leur vie, si l'éducation, les révolutions des âges, les intérêts de la société, la réflexion et une volonté forte n'en modifiaient pas les conséquences; encore les plus puissantes sont-elles quelquefois indomptables : elles dominent alors et conservent leurs saillies, malgré toutes les causes qui concourent à les user, à les affaiblir et à les effacer; car c'est un paradoxe que l'observation dément tous les jours, que les hommes naissent tous à peu près dans des conditions semblables, et que leurs différences ne viennent que de l'éducation, de l'habitude et de l'influence des institutions sociales.

Il faut convenir, cependant, que la plus grande partie des différences qui subsistent entre les hommes qui déterminent leurs affections et modifient leur caractère durant toute leur vie, ne naissent pas avec eux, mais sont *acquises*. Alors elles sont, ou *durables* et plus ou moins persistantes, ou passagères et *éventuelles*.

Les plus durables sont celles qui dépendent de l'éducation, des institutions sociales, de l'expérience et des changemens qu'éprouve la constitution physique des corps. L'*éducation* se compose des exemples, des habitudes, des principes, et même des préjugés. Elle agit également sur le physique et sur le moral, et les dispositions qu'elle détermine et qu'elle fixe semblent constituer une seconde nature. Il y a peu de différence entre les empreintes de l'éducation et les effets de la *société*,

qui deviennent pour nous une seconde éducation ; car ceux-ci se composent des mêmes élémens, si ce n'est qu'ils agissent, non plus sur le jeune âge, si souple et si docile, mais sur l'homme fait. Ici le défaut de malléabilité et de souplesse est compensé par les intérêts, les besoins, les calculs et la nécessité. L'*expérience*, l'usage et l'exercice répété de nos sens, la perfection qu'acquièrent nos facultés et nos jugemens dans le progrès de la vie, changent aussi d'une manière durable nos manières de voir et de sentir. Enfin la *force physique* qu'amènent les développemens et l'affermissement du corps, et de laquelle l'esprit lui-même participe, change aussi d'une manière durable, non-seulement la nature, les mesures et la force de nos affections, mais encore jusqu'à la trempe du caractère.

Mais il est des modifications éventuelles, soit naturelles, soit accidentelles, qui affectent pour un temps nos sens, les facultés de notre esprit, la susceptibilité de notre ame, notre caractère même. Elles ont une influence incontestable, quoique temporaire, sur la nature et la mesure de nos affections. Les époques où s'opèrent les révolutions des âges, celle de la puberté surtout, font naître, au moment où elles s'exécutent, des dispositions qui n'existaient pas, indépendamment même de l'action spéciale des organes qui sont le siége principal de ces révolutions ; et ces dispositions nouvelles dominent pendant quelque temps sur notre vie, pour s'effacer et s'anéantir quand cette sorte d'effervescence est passée. L'époque de la maternité, celle du rut, donnent aux animaux les plus faibles et les plus timides un courage et une force qui ne sont point les attributs constans de leur nature. Nous avons déjà noté ce que la disposition d'une ame émue par la passion apporte de changemens dans l'intérêt que nous inspirent les objets de nos affections (*Voyez* INTÉRÊT DE PASSION, pag. 219). De même dans certaines maladies, à leur invasion, dans leur progrès, dans leur convalescence, nous sentons différemment et nous sommes différemment affectés des mêmes choses que nous voyons et que nous sentons autrement dans l'état de santé. Plusieurs genres d'affections nerveuses offrent à cet égard des phénomènes dont on douterait s'ils n'avaient été décrits par des observateurs qui méritent la plus grande confiance. En santé même, quand le système nerveux est excité, particulièrement à la suite des couches ; quelquefois aussi par certaines méthodes d'excitation portées sur ce système, au moyen de contacts artificieusement dirigés et aidés de l'imagination ; dans le sommeil des somnambules ; dans l'exclusion du concours des autres sens hors un seul ; au milieu des ténèbres ou dans les contemplations extatiques, certains sens, l'odorat, la vue, l'ouïe, le tact, ou même les facultés de notre esprit acquièrent une pénétration singulière, une perspicacité et une étendue qui passent de

beaucoup les mesures de leur portée ordinaire. Alors les impressions que les objets les plus indifférens et même communément inaperçus font ordinairement sur nos organes, produisent sur ces mêmes sens des effets qu'on pourrait appeler *microscopiques* : car ici je ne comprends pas les sensations égarées et les hallucinations ; je n'entends parler que de la perception d'objets réellement existans, mais que n'atteignent et ne distinguent pas nos sens dans leur état ordinaire. Enfin le caractère se monte aussi dans de pareilles circonstances sur un autre ton, et semble changer totalement l'homme et ses habitudes.

Les affections de certains viscères semblent quelquefois nous donner la solution de problèmes qui paraîtraient ne concerner que l'homme moral, et qui appartiennent réellement à la physique organique. Dans quelques maladies, ou dans des indispositions plus ou moins durables, il semble se développer dans les organes intérieurs des sensations obscures, qui, quelque indistinctes qu'elles soient, ont une influence remarquable sur la manière dont nous sommes affectés par les objets qui nous entourent et nous intéressent. Les affections des viscères hypocondriaques et épigastriques, le trouble des fonctions de l'estomac et des intestins portent à voir tout tristement, d'un air mélancolique et morose, et à tirer de tout des conséquences sinistres et fâcheuses ; celles de la poitrine au contraire n'attristent presque jamais l'esprit ni l'ame. Les malades partagent rarement l'inquiétude de ceux qui observent le mieux leur état. Dans les premières, on abandonne tout, on désespère de tout par découragement ; dans les secondes, comme on le voit si souvent dans les phthisies pulmonaires, les affections du malade, pour tout ce qui l'entoure, changent quelquefois totalement ; mais, pour ce qui le concerne lui-même, l'espoir est toujours là, et, sur le bord de la tombe, il projette encore pour de longues années.

Le *concours de plusieurs genres de sensations* dans la production d'une même affection, a une grande influence sur le résultat des impressions qui agissent sur notre ame : cette association contribue puissamment à donner aux émotions produites les mesures de la passion. Nous avons déjà dit combien celle de l'amour prend de force de la réunion de tous les genres de sensibilité, et du concours de tous les organes et de toutes les puissances de l'homme. Nous n'y reviendrons pas ici. Dans les autres affections, chacun des organes qui les font naître, a, pour ainsi dire, ses associés naturels, dont l'union donne aux émotions qui en résultent un caractère et une force spéciale.

Les relations de l'organe de l'*odorat* sont très-bornées. De concert avec le *goût*, l'odorat éveille notre instinct pour les choses qui peuvent nous être utiles ou nuisibles. L'appétit

et les répugnances qu'ils font naître dans les organes propres de la digestion, rendent plus irrésistibles les sensations intérieures par lesquelles l'estomac appelle ou repousse les substances qui nous sont présentées comme alimentaires, et l'imagination ainsi que la vue ne sont pas toujours étrangères à ces appétits et à ces répugnances.

Il semble que l'organe de la *vue* met plus en jeu l'imagination, et que l'*ouïe* exerce plus la pensée et le jugement. En effet, le premier nous offre des peintures faites d'après les objets du dehors, et des images qui nous en représentent les figures, les mouvemens et les couleurs. L'ouïe reçoit le plus souvent des signes de convention, que l'intelligence seule interprète, parce qu'elle seule les a adoptés. Cependant, l'écriture se compose aussi, comme la parole, de signes convenus, comparables, dans presque toutes les langues, aux sons du discours, et c'est par l'entremise de la vue que la lecture les offre à l'intelligence, qui les interprète, et par laquelle seule ils arrivent à l'imagination. D'une autre part aussi, quand l'ouïe est frappée par l'harmonie et la mélodie des sons, ceux-ci vont directement à l'ame, plus directement même que les images, et, pour ainsi dire, sans intermédiaires, c'est-à-dire sans que leurs impressions aient à subir les opérations et les vérifications de l'intelligence et de la réflexion, et même sans passer par l'imagination. Hors de là, on peut dire que l'ouïe concourt principalement à la formation des idées abstraites et purement intellectuelles, tandis que la vue nous donne plus spécialement l'idée des objets matériels et sensibles. Les impressions reçues par l'un et par l'autre de ces sens, concourant avec les résultats du jugement et les produits de l'imagination qu'elles mettent en action, soutiennent et doublent les affections auxquelles ces facultés donnent lieu, et augmentent, par ce concours, leur puissance sur notre ame.

Mais si l'*imagination* et le *jugement* se fortifient, dans leurs opérations, du concours de ces deux sens, réciproquement l'imagination ne supplée-t-elle pas à l'imperfection des images présentées par la vue? L'intelligence et le jugement ne complettent-ils pas ce que la perception des sons ne nous a transmis qu'imparfaitement par l'intermède de l'ouïe? et la *mémoire* ne joint-elle pas aux images et aux sons le secours de ses souvenirs, pour leur ajouter ce qui leur manque? Dans le repos même, et pendant le sommeil des sens, ces trois facultés ne reproduisent-elles pas au dedans de nous, sans le concours des objets extérieurs, des images souvent aussi vives, des pensées aussi fortes que celles que nos sens leur ont suggérées? Preuve évidente qu'il existe au dedans de nous un sens intérieur (*sensorium*), un organe dont le siége n'est point déterminé, et

où se répètent, sans le concours actuel des organes propres de chaque sens, des impressions, ou conformes, ou analogues à celles que nous en avons reçues, ou composées d'un assemblage fantastique de leurs élémens divers ; et le réveil, en nous rendant aux objets réels, a souvent peine à dissiper ces impressions illusoires formées au dedans de nous. Si donc l'activité de ce sens intérieur se joint à la puissance des impressions reçues du dehors, quelle force n'en recevra pas l'affection produite par un pareil concours?

Est-ce dans ce *sens intérieur* que s'établit la conscience de notre existence, de nos facultés, de nos besoins, de nos souffrances, de notre bien-être, le sentiment des convenances auxquelles doivent se rapporter nos jugemens et nos affections? Est-ce là qu'est empreinte l'idée du bon et du beau, que se forme le désir du vrai? Est-ce là que s'enracinent l'amour-propre, l'instinct de la conservation, la tendance irrésistible vers le bonheur? Est-ce enfin là que réside le sentiment du *moi*? Ce serait donc dans ce sens si profondément inné en nous, que se rendraient toutes les impressions transmises par nos organes; ce serait en lui que se formeraient nos idées et nos pensées; ce serait de lui qu'émaneraient nos jugemens, nos volontés, nos affections; en un mot, ce serait là que tout ce que nous sentons s'identifierait avec notre ame, dont ce sens semblerait partager la nature, ou dont au moins on pourrait croire qu'il est le lien et comme le moyen d'union avec l'organisation vivante.

Arrêtons-nous: nous touchons ici les limites qui séparent l'étude physique de l'homme, de la métaphysique proprement dite, au delà desquelles nous perdrions le fil de l'observation qui nous a conduits jusque-là.

Cependant, il est important encore pour nous de considérer l'effet que produit sur nos sensations celle de nos facultés intellectuelles qui a le plus de pouvoir sur elles : c'est l'*attention.* L'attention soutenue s'oppose à l'insouciance ou à l'indifférence, qu'amène l'habitude des sensations uniformes; elle tient l'esprit éveillé sur elles, l'y attache, l'exerce à en découvrir les diverses nuances, à en saisir et à en pénétrer tous les détails. L'intérêt qu'inspirent les objets de nos sensations prend une nouvelle force dans la méditation, et ce qui échappe à une attention passagère devient sensible à celle qui, continuée, constitue l'observation, et qui, prolongée avec persévérance, donne naissance à l'analyse et aux conceptions les plus profondes. C'est en ce sens seulement que l'on peut adopter ce paradoxe d'un écrivain illustre : *le génie, c'est la patience.* Alors, en effet, les sens s'élèvent sur l'objet considéré à une susceptibilité à laquelle rien n'échappe, qui ne confond rien, sent tout distinctement et vivement, et mul-

tiplie dans l'ame les sources d'affection, de peines et de plaisirs. C'est ainsi que l'artiste ou l'amateur exercé se créent des jouissances et des passions dont la force est ignorée du vulgaire. Enfin, c'est ainsi, c'est par le concours ou l'absence de l'attention et de la volonté que se conçoit cette proposition si vraie et en apparence si contradictoire, que l'*habitude* endort et anéantit, ou, au contraire, perfectionne et multiplie les sensations, qu'elle émousse ou bien qu'elle aiguise et avive le sentiment, qu'elle produit l'enthousiasme ou l'indifférence : de là aussi résultent, dans les actions qu'inspire le sentiment perfectionné par l'attention, la prestesse et l'agilité, au lieu de l'hésitation et de la lenteur; la précision et la justesse, opposées à la maladresse et à l'inexactitude de l'exécution, de manière à étonner l'imagination, qui ne peut suivre la rapidité des mouvemens, dont aucun cependant ne sort des rapports et de la mesure qui leur sont prescrits par l'ouïe et la vue exercés. Ces résultats opposés dérivent de ces deux conditions de l'habitude, et s'expliquent par la force qu'elle donne ou qu'elle ôte à nos perceptions, selon qu'elle est séparée ou accompagnée de l'attention et de l'étude, qui seules peuvent la vivifier et la rendre féconde, et sans lesquelles elle frappe nos sensations de stérilité et d'impuissance.

Mais il ne faut pas oublier que l'attention et la méditation, prolongées exclusivement sur un même objet, et fixées sur une seule affection, finissent par produire la *préoccupation*, mettent l'esprit et l'ame sous l'empire d'une seule pensée, les rendent étrangers aux autres objets, incapables de toute autre impression, et par là les conduisent à la mélancolie, à la monomanie, et par suite, engendrent les affections hypocondriaques consécutives.

4°. *Influence des distances de temps et de lieu, ainsi que de la durée des impressions sur l'intérêt que nous prenons aux objets de nos affections.* Le temps, considéré comme agissant concurremment avec les causes de nos affections, peut être considéré comme *intervalle* ou comme *durée*. Comme intervalle, on peut confondre ses effets avec ceux qui résultent de la distance des lieux. En effet, l'intérêt que nous inspirent les objets et les causes de nos affections perd ou acquiert une mesure de force qui dépend, sous des rapports semblables presque en tout, de l'intervalle que mettent entre eux et nous les temps et les lieux. En en rapprochant ou éloignant la jouissance, ces deux genres de distances en fortifient ou en éteignent le souvenir, en rendent la privation plus ou moins sensible. On a dit avec raison que l'absence et le temps étaient les remèdes de la plus puissante des passions.

Les objets qui peuvent faire sur notre ame une impression

quelconque sont, ou près, ou loin de nous, dans le présent, dans le passé ou dans l'avenir. Qu'ils soient dans le *présent* et à notre disposition, leur influence est immédiate; la jouissance ou la souffrance alors sera ou nouvelle, ou continuée d'un état antérieur; elle aura été prévue ou imprévue. Dans ce dernier cas, elle sera mêlée de surprise, soit qu'elle ait été ou qu'elle ait dû être désirée ou redoutée; à l'impression présente s'associeront, pour l'avenir, la crainte de perdre, l'espoir d'être délivré, l'assurance de conserver, ou le tourment et l'appréhension de souffrir d'une peine prolongée; mais, indépendamment de ces mélanges, par lesquels la considération du passé et de l'avenir s'unit à l'effet d'une impression présente, le présent, en lui-même, offre une considération importante et plus complexe qu'on ne pense. Le présent, quant à l'objet dont nous nous occupons, ne consiste pas dans un instant indivisible : si cela était, l'impression qu'il produit n'aurait aucun effet. Le sentiment du présent se compose d'une série d'instans, pendant lesquels une impression se continue, et dont la somme est nécessaire pour produire une sensation distincte et accompagnée de conscience et de jugement. Il n'y a point de sentiment d'une impression qui n'aurait qu'un instant de durée, ou plutôt qui serait sans durée : c'est ce qu'on voit dans la douleur physique, qui est à peu près nulle quand l'impression qui la cause n'a pas une durée appréciable. Ainsi, pour ce qui appartient au sentiment, le *présent est une série d'instans ou d'impressions continues dont on a et dont on conserve la conscience ;* et, comme on peut dire que la force totale d'une impression est le produit de son intensité par sa durée, on conçoit que, si la durée est zéro, la force de l'impression, c'est-à-dire l'impression même devienne nulle. On conçoit également qu'une impression, quelque courte que soit sa durée, deviendra souvent forte si elle a été antérieurement connue et prévue, à moins qu'elle ne se trouve inférieure à l'idée qu'on s'en était faite. Alors le pressentiment antérieur à l'impression s'ajoute au sentiment actuel, et constitue avec lui une durée, et la prévoyance de l'avenir qui doit suivre, et dans lequel doit se prolonger l'impression, peut, ainsi que le passé, entrer dans le même calcul.

L'objet étant dans le *passé* ou se perdant dans l'éloignement, ce qui équivaut au passé et produit des effets semblables, l'ame est affectée à la fois du souvenir de l'objet lui-même, et de l'idée du temps écoulé ou de la distance qui s'est interposée entre lui et nous. Le souvenir du passé en rappelle plus ou moins l'impression et en renouvelle ou en prolonge le sentiment; mais la marche du temps, équivalant à l'accroissement des intervalles des lieux, en affaiblit le souvenir, fait évanouir l'impression et amène l'*oubli*. Le passé, comparé au présent,

produit le regret du bien qui s'est éloigné ou le sentiment de la délivrance du mal, et le souvenir du passé reporté sur l'avenir, quand l'objet doit reparaître, et que l'impression doit se renouveler, en engendre la prévoyance et le pressentiment.

L'*avenir* donc, par cela même, est aussi de deux sortes : préparé ou non par le passé, déterminé ou non par le présent, c'est-à-dire connu d'avance ou inconnu. L'avenir inconnu ne peut opérer en nous ni crainte ni désir (*ignoti nulla cupido*) ; mais dans ce cas même, quand ce qu'il nous apporte est devenu présent, l'impression inopinée que nous en recevons produit en nous une émotion plus forte par le saisissement de la surprise; d'une autre part, l'avenir connu par[illegible]cipe en quelque chose du présent par anticipation, et ses effets varient selon la tournure et la disposition des esprits ; tantôt sa connaissance sert à amoindrir une impression à laquelle on a pu préparer ses organes, et avec laquelle on a familiarisé son ame : c'est l'apanage des esprits ou calmes ou forts (*prævisa ferient minùs*) ; tantôt, au contraire, dans les esprits affaiblis ou très-excitables, le tourment de la crainte ou l'attente avide et désireuse qui jouit d'avance, accumulent une suite ou de peines ou de plaisirs anticipés, qui grossissent l'effet total que doit compléter le présent, à moins qu'au moment de l'épreuve, la chose ne se trouve très-inférieure à l'idée qu'on s'en était formée d'avance.

Ce genre d'impressions appartient surtout à la nature humaine, plus disposée à conserver de longs souvenirs du passé, pénétrant plus avant dans l'avenir, habile à féconder l'un et l'autre par la comparaison du présent. Il est peu le partage des animaux, pour la plupart desquels l'avenir n'existe pas et le passé a cessé d'exister. C'est ce qui simplifie singulièrement pour ceux-ci la force et la nature des maladies, qui, chez l'homme, au contraire, se compliquent de la représentation des maux antérieurs, de l'inquiétude du lendemain, du jugement sur le présent, et, outre cela, des affections qui nous lient aux choses qui nous entourent, et dont la maladie nous ôte la jouissance, et menace de nous séparer pour toujours.

L'effet du temps considéré comme *durée*, donne ou ôte aux impressions une partie de leur force et modifie leur manière d'agir. Nous avons déjà fait observer qu'une durée quelconque était une condition nécessaire à une action pour que l'impression en soit perçue : ainsi le temps sous ce rapport concourt lui-même, non plus comme une circonstance, mais comme un élément de l'impression, en s'unissant à la cause qui la produit.

Une impression peut être ou passagère, ou durable et prolongée; elle peut être subite et brusque, c'est-à-dire se faire sentir vivement dès-l'abord, ou au contraire s'établir par degrés.

Dans le cours de sa durée, elle peut être uniforme, continue, soutenue, variable, interrompue; elle peut croître ou décroître; ses changemens d'intensité ou ses interruptions peuvent se faire graduellement, régulièrement, périodiquement, ou inconstamment, irrégulièrement et par secousses. Ces secousses ont des effets semblables à ceux d'une impression brusque et inattendue.

On conçoit aisément les variétés d'émotions qui peuvent résulter de toutes ces conditions. Nous ne nous arrêterons pas à les développer ici, nous observerons seulement que toute impression qui a une durée un peu étendue, prise dans un instant quelconque de cette durée plus ou moins éloignée de son premier et de son dernier terme, doit être considérée comme composée d'un passé, d'un présent et d'un avenir. Tout ce que nous avons dit touchant l'influence de ces périodes de temps sur la force de nos affections, est applicable sous ce rapport aux effets de leur durée.

La durée plus ou moins grande d'une impression et de ses effets dépend de plusieurs causes. La plus simple est l'action continuée de l'objet qui a frappé nos organes. En second lieu, le sentiment de l'impression reçue se prolongera plus ou moins dans nos organes au-delà du temps pendant lequel l'objet a continué d'agir, selon que cette impression a été plus ou moins vive; et la mesure de cette vivacité sera, ou dans la force avec laquelle la cause a agi, ou dans le degré de sensibilité de l'organe qui en a reçu l'action. Une troisième cause est dans la mémoire qui a reçu et conservé l'empreinte de l'impression. Une quatrième vient de l'attention fixée sur la sensation éprouvée ou sur la cause dont elle dérive. Enfin la cinquième est la volonté ou la propension à rechercher et à continuer le sentiment d'une impression, soit par un choix que détermine l'intérêt ou le plaisir, soit par un entraînement involontaire, comme celui des mélancoliques, qui s'attachent comme malgré eux aux idées et aux affections qui les tourmentent.

Entre ces causes, il y a une distinction bien importante à faire pour les conséquences qui en résultent : les unes sont indépendantes de nous, les autres sont le résultat d'opérations volontaires de notre esprit ou de notre ame. Nous sommes souvent passifs relativement à la persistance de la cause qui agit sur nos organes, nous le sommes relativement à la vivacité de l'impression que nos organes en ont reçue, nous le sommes encore pour l'empreinte qui en est restée dans notre mémoire indépendamment de nous; mais nous devenons actifs quand les empreintes de la mémoire ont été fortifiées par l'attention; quand l'attention fixe, maintient, médite, analyse, développe le sentiment et lui donne plus de profondeur; quand surtout nous recherchons l'impression reçue ou la cause

qui l'a produite, et que nous appelons à nous et la mémoire pour la renouveler, et toutes les occasions propres à la reproduire. Ainsi, cette distinction entre les causes qui rendent nos impressions durables est bien essentielle pour analyser et apprécier les effets de cette durée.

En effet, quand elle n'est entretenue que par des causes auxquelles notre volonté n'a aucune part, si l'action qui produit ces impressions n'a rien de destructif, si elle ne désordonne pas nos fonctions d'une manière notable; si d'ailleurs l'impression reste la même et dans une mesure uniforme, la continuité introduit l'*habitude*, l'organisation s'y accoutume, et la sensibilité s'endort sur elle. Ainsi, ce n'est pas toujours du courage qui fait que les femmes habituées à souffrir, malgré l'extrême sensibilité qui caractérise leur sexe, cessent d'être irritables et douillettes pour le genre de douleur qu'elles éprouvent journellement; leur grande susceptibilité pour des impressions nouvelles en donne la preuve; et ce qui est vrai de la sensibilité physique et organique, est également vrai de la sensibilité intellectuelle et morale. Les exemples en sont trop multipliés pour avoir besoin d'être énumérés ici, et l'on se fait au malheur comme à la douleur.

Nous avons déjà dit combien au contraire l'attention, la méditation, la direction soutenue de l'esprit et des pensées changent les résultats de l'habitude, et, au lieu d'éteindre le sentiment des impressions, lui donnent des développemens et une force qui en multiplient les effets; or, cette observation se vérifie pour les affections morales comme pour les désordres physiques. Ainsi les effets d'une durée prolongée et son influence sur la puissance des impressions diffèrent suivant les circonstances qui l'accompagnent, et qui tantôt amènent l'indifférence, tantôt donnent aux affections une extrême activité.

Il est encore un autre effet de la durée très-différent de ces deux genres de conséquences; c'est la *satiété* et la *lassitude*, lorsque les limites du besoin et du plaisir ont été atteintes et que les jouissances ont été comblées, alors la continuité d'une impression précédemment agréable se trouve en contradiction avec deux autres besoins, celui de changer et de varier, et surtout celui qui est essentiellement inhérent à la nature humaine, le besoin de désirer. De cette satiété résulte la répugnance et le dégoût : alors la situation relative et la nature des rapports de l'objet avec nous se trouvent changées et donnent naissance à des affections entièrement opposées aux premières.

Indépendamment des causes qui, comme nous l'avons observé, ont une influence sur la durée des impressions et des affections qui en résultent, la distinction que met entre elles le caractère passager et fugitif des unes, persévérant et durable des autres, se rapporte à deux phénomènes physiologiques

dont il est bien important d'apprécier les effets sur l'économie. L'un de ces phénomènes est *la nécessité, pour qu'une impression soit perçue, que l'action qui la produit ait une durée appréciable;* l'autre consiste en ce que *généralement le sentiment physique d'une impression produite se prolonge dans l'organe même de la sensation au-delà du temps où l'action exercée a été reçue par cet organe.* Les démonstrations expérimentales de ces deux phénomènes sont assez connues pour que nous n'ayons pas besoin de nous y arrêter ici.

La nécessité d'une durée appréciable pour qu'une impression soit sentie ou perçue, fait déjà concevoir qu'il existe un intervalle de temps entre l'action exercée et la perception qui nous la fait connaître, et par conséquent une différence de siége ou de lieu entre l'organe immédiat d'une sensation et l'organe intérieur où la sensation est complettée par la *conscience* de l'impression perçue. Si maintenant on réfléchit à la succession d'opérations par lesquelles la mémoire reçoit ensuite et conserve l'empreinte durable de cette impression, l'attention fortifie et utilise les réserves de la mémoire, les met à la disposition de l'esprit et en même temps les communique à l'ame; l'esprit s'en occupe, les analyse et les combine; l'ame y devient sensible, s'en émeut, les affectionne: on concevra pourquoi, quelque vives que soient des impressions faites sur les sens, si elles sont passagères, si elles sont imprévues ou qu'elles n'aient aucun rapport avec des affections antérieures, elles semblent borner leur action au dehors, agissent peu profondément, laissent peu ou point de souvenirs, ou n'en laissent que de légers, ne sont point jugées quand elles n'ont point eu le temps d'être fixées par l'attention, causent des émotions faibles, peu durables, peu étendues même, en proportion de leur force apparente et de l'intérêt qu'elles pourraient obtenir, si elles étaient moins fugitives. On concevra comment, lorsque les mêmes impressions sont prévues ou ont rapport avec des affections précédemment éprouvées, leur transmission est plus prompte, plus profonde, plus étendue, et arrive comme instantanément à l'ame. On concevra comment les idées nées de nos facultés intellectuelles, celles qui sont produites par des causes morales, conçues primitivement par l'esprit, émeuvent plus immédiatement, et en conséquence plus promptement l'ame que celles qui lui arrivent pour la première fois par l'intermède des sens extérieurs. On concevra enfin comment les sensations qui ébranlent physiquement la généralité de notre organisation sans passer par notre esprit, soit qu'elles viennent du dehors, soit qu'elles naissent au dedans de nous par des causes qui troublent nos fonctions ou intéressent notre existence, causent immédiatement et instantanément des émotions sans jugement, sans réflexion, sans conscience, et dont

l'ame est affectée à l'insu de l'esprit. Cette considération donnera encore le moyen de remarquer entre les constitutions des hommes une différence bien importante, celle qui tient à la promptitude plus ou moins grande de la transmission des impressions, différence qui rend les uns rapidement pénétrables aux mêmes causes qui passent en effleurant à peine les autres, et ne leur causent aucune émotion.

Une des causes qui contribuent le plus à favoriser cette facile transmission d'une impression reçue à toutes les facultés qu'elle peut intéresser, est la seconde propriété dont nous avons fait mention, par laquelle *une impression reçue se prolonge au delà de la durée de l'action qui l'a produite*. Les effets que cette propriété exerce sur toute l'économie animale la rendent digne d'une grande attention. Ce phénomène est aisé à constater immédiatement et physiquement par l'expérience pour les impressions faites sur les organes extérieurs des sens, et spécialement sur ceux de la vue et de l'ouïe. Pour peu qu'on y réfléchisse, les conséquences de ce phénomène ne sont pas moins remarquables quand, loin de l'objet qui a frappé nos sens, l'impression qu'il a produite est soutenue, continuée, ou renouvelée, souvent dans l'organe sensible lui-même, par l'attention et la réflexion; quand cette impression subsiste dans l'empreinte qu'en conserve la mémoire; quand la puissance de l'imagination lui rend toute sa vivacité et souvent l'exagère. C'est encore à cette propriété augmentée dans les organes sensibles qu'il faut rapporter la susceptibilité qu'ils acquièrent pour recevoir de nouveau, et avec plus de promptitude les mêmes impressions par des causes légères, et pour leur donner une vivacité et une durée encore plus grandes qu'aux premières; pour les rendre plus promptement transmissibles, et les renouveler aussi sous l'influence des seules circonstances qui se sont associées à la première impression, ou même à l'occasion de simples analogies; enfin pour réveiller par là avec la même force les émotions que ces impressions ont d'abord fait naître. C'est cette durée prolongée et soutenue, en vertu de la propriété dont nous parlons, qui donne aux sens affectés, aux facultés excitées, aux émotions produites, le pouvoir d'étendre et de transmettre leurs effets au delà même des organes directement intéressés, d'y faire participer, ou de proche en proche et par degrés, ou par une communication sympathique, toutes les parties de l'organisation, de les monter sur un même ton, de les lier ainsi par une sorte d'accord harmonique avec l'organe dont l'importance et l'influence se sont exagérée avec la susceptibilité. Là se trouve la solution de tant de difficultés qu'offrent aux pathologistes les désordres de la sensibilité, soit que, dépendant de l'ébranlement et de l'excès de sensibilité d'un organe, ils donnent naissance aux maladies qu'on nomme nerveuses et spasmodiques, soit que, produits par l'influence pré-

dominante, et bientôt exclusive d'un seul objet et d'une seule impression, ils amènent les divers genres de monomanies morales, qu'il ne faut pas confondre avec les véritables mélancolies.

Les excès qui peuvent résulter de cette propriété se trouvent d'ailleurs compensés par une autre loi de l'organisation, qui nous donne les moyens d'en arrêter les effets par le bienfait de *la distraction*. Nous entendons par distraction le partage qui se fait de l'attention entre plusieurs impressions. Ce partage affaiblit le sentiment de chacune, lui ôte l'importance qu'elle obtiendrait si elle était seule, en interrompt la continuité, met une fin à sa durée, l'empêche de devenir dominante : elle assure ainsi à l'esprit la faculté d'en associer plusieurs, de passer à son gré de l'une à l'autre; de varier ainsi ses occupations, et par là d'étendre ses connaissances et de perfectionner ses jugemens. Ce qu'on obtient pour les occupations de l'esprit, est également possible pour les affections de l'ame, et l'art de *distraire* donne aussi les moyens, en dirigeant sur les sens, en présentant à l'esprit, en offrant à l'ame des impressions et des intérêts dont on peut graduer la force et l'attrait selon les circonstances, d'affranchir l'ame du joug des passions qui la dominent, et même de parvenir à en effacer jusqu'à la trace et au souvenir.

Ces considérations sur les lois importantes que nous venons de rappeler ne nous permettent pas de passer sous silence les propositions dans lesquelles le philosophe qui a fondé notre art les a consacrées le premier, en parlant de l'harmonie qui lie entre elles toutes les parties de l'économie animale et de l'unité d'action qui en résulte.

Tout dans le corps, nous dit Hippocrate, *est lié par une même affluence, par un même esprit, par un même sentiment. Tout conspire au même œuvre, chaque organe avec le tout ensemble, et chaque portion avec l'organe dont elle fait partie. L'action se propage de la source d'où elle émane jusqu'aux dernières extrémités, et des dernières extrémités elle est rapportée vers la source première d'où elle est partie.* Ξύῤῥοια μία, ξύμπνοια μία, ξυμπαθέα πάντα· κατὰ μὲν οὐλομελίην πάντα, κατὰ μέρος δὲ τὰ ἐν ἑκάστῳ μέρει μέρεα πρὸς τὸ ἔργον. Ἀρχὴ μεγάλη ἐς ἔσχατον μέρος ἀφικνέεται· ἐξ ἐσχάτου μέρεος ἐς ἀρχὴν μεγάλην ἀφικνέεται. (Περὶ τροφῆς IV. 24. édit. Van der Linden). Et autre part : *Quand deux affections ont à la fois lieu dans deux organes différens, la plus forte des deux efface le sentiment de l'autre.* Δύω πόνων ἅμα γινομένων, μὴ κατὰ τὸν αὐτὸν τόπον, ὁ σφοδρότερος ἀμαυροῖ τὸν ἕτερον. (Aphor. II. 46).

C'est ainsi que nous croyons devoir terminer l'analyse des causes qui concourent à faire naître et à développer les affections et les passions de l'ame : nous allons considérer mainte-

nant les différences qu'elles présentent en examinant les caractères qui les constituent.

II. *Caractères des passions : 1°. Genre d'émotion qui constitue les passions.* Nous ne prenons pas ici ce mot, *caractère des passions*, dans le sens adopté pour les arts d'imitation. Les artistes appellent ainsi tout ce qui rend les passions sensibles à la vue et à l'ouïe, et leur donne le moyen de les rendre avec une apparence de vérité; c'est ce qui constitue l'art de l'expression qui fait une partie essentielle de celui des peintres, des sculpteurs, des musiciens, des acteurs et de ceux qui exercent la pantomime. Pour nous, nous entendons par caractère des passions, l'état où se trouve l'ame quand elle a été émue par une impression quelconque, soit transmise immédiatement par les sens, soit résultant des idées et des jugemens formés par l'esprit, quels qu'en soient l'occasion ou l'objet. Cet état consiste, comme nous l'avons dit, dans le *genre d'émotion*, dans la *force de l'émotion*, dans la *persévérance de l'émotion*, et dans les *changemens* dont elle est susceptible.

Une impression reçue, et dont notre esprit s'est fait une idée, si elle ne produit en nous que le sentiment d'un objet, la connaissance d'un fait, l'assentiment à une vérité, laisse notre ame dans l'indifférence, autant qu'on peut en avoir pour savoir ou ignorer ce qui ne nous intéresse pas sensiblement. Mais si quelque intérêt s'établit entre nous et l'objet, ou le fait, ou la vérité venus à notre connaissance : alors, selon la nature des rapports qui auront produit cet intérêt, il en résultera de la satisfaction ou du mécontentement, du plaisir ou de la peine, de la jouissance ou de la souffrance. C'est un premier degré d'affection; mais il ne nous représente que le premier résultat d'une impression reçue. L'ame est encore passive, est simplement émue par un sentiment de peine ou de plaisir, elle est agréablement ou désagréablement affectée; elle éprouve des affections *agréables* ou *pénibles*.

De ce premier ordre d'affections, il résulte une disposition de l'ame à s'attacher ou à s'éloigner, à désirer ou à craindre, à appeler ou à repousser, à s'irriter ou à recevoir avec complaisance, c'est-à-dire qu'au *sentiment* aura succédé une *volonté* en conséquence de l'impression sentie. Cette volonté produira des *résolutions*, et celles-ci seront effectuées par des *déterminations*.

L'ame qui veut, cesse donc d'être passive, et sa volonté, ainsi que les conséquences qui en dérivent, qui la fixent et tendent à l'effectuer, donnent naissance à des affections d'un nouvel ordre, que l'on peut distinguer des affections de simple sentiment, en appelant celles-ci *affections passives*, et les affections de volonté *affections actives*.

Les affections passives pourront se diviser en affections

expansives et en affections *concentrées* ou secrettes. Cette différence est très-importante par son influence sur les effets de ces passions ; nous aurons occasion d'en parler autre part. Les affections *actives* offrent différens degrés, selon qu'elles consistent en de simples volontés, ou que ces volontés produisent des résolutions et des déterminations ; elles peuvent se diviser, outre cela, en affections *libres* et en affections *contrariées*.

Le partage des affections de sentiment en affections agréables et en affections pénibles donne lieu à une division pareille entre les affections de volonté, celles-ci peuvent se diviser en affections de *tendance* et en affections d'*éloignement*.

Si nous partageons, selon ces divisions, toutes les impressions dont nous avons indiqué les origines et les élémens dans les quatre paragraphes précédens, nous verrons quelle infinité d'affections différentes en résulteront, et nous n'entreprendrons pas d'en faire ici l'énumération.

Nous observerons seulement que l'acte de la volonté ajoute un intérêt de plus au sentiment qui l'a fait naître, et que, tout ce qui résulte de cette volonté, tout ce qui en étend les effets, multiplie aussi les rapports auxquels sont attachés nos intérêts, et, par là, rend nos affections plus puissantes et plus propres à être converties en passions ; car la volonté contrariée ou satisfaite, la résolution favorisée ou déconcertée, les déterminations secondées ou rompues flattent ordinairement ou révoltent plus notre ame que les simples sentimens qu'elle éprouve ne l'émeuvent et ne l'ébranlent.

Le caractère des affections de l'ame n'est pas toujours dû à une émotion d'une nature simple, il est souvent le résultat de diverses émotions dont la réunion forme une passion très-spéciale, et dont l'analyse est nécessaire pour en bien apprécier la nature ; on peut désigner ce genre d'affections par le mot d'*affections complexes*.

Nous ne comprenons pas sous le titre d'affections complexes celles qui résulteraient du concours de plusieurs objets ou de plusieurs causes dont l'action réunie donne naissance à une même émotion. Tel est le plaisir qui résulte de la musique dramatique, quand la combinaison des sons par l'harmonie et la mélodie, par le choix des modes et des accords, par la progression des temps et des mesures, s'unit avec l'art des paroles et de la poésie, et avec l'influence sympathique des accens ; qu'elle est encore soutenue des gestes et de tout ce qui compose l'expression animée, qu'elle est fortifiée par la pantomime, interprète du discours, et que les sites imités par les décorations complettent une illusion par laquelle tous nos sens sont séduits à la fois. Cette réunion de tant d'arts, ce concours de tant d'impressions pour produire un même effet, donne à l'affection qu'on fait partager à notre ame une force d'autant plus

grande que plus de causes différentes ont simultanément concouru à la produire.

Nous ne nommerons pas non plus affections complexes celles qui, produites par un seul objet ou une seule cause, résultent de l'impression simultanée de cette cause unique sur plusieurs organes, dont les différentes impressions se confondent dans un même effet ou une même émotion. C'est ce que nous avons déjà dit de l'amour, à la production duquel, de concert avec ses propres organes, conspirent tous les sens presque sans exceptions, et non-seulement les organes des sens, mais jusqu'aux facultés intellectuelles et à l'imagination surtout, en sorte que la raison elle-même, sollicitée et presque séduite, semble quelquefois se rendre comme complice du trouble produit par la plus puissante des passions. Dans ces deux exemples, les effets produits par cette multitude d'impressions, n'ont cependant qu'un résultat unique, et ne produisent qu'une seule affection.

Mais nous appellerons complexes les affections qui, en se formant de plusieurs émotions différentes, conservent cependant le caractère de chacune. De leurs caractères réunis, mais non effacés ou confondus, sort alors une émotion totale, mais non pas simple et unique, puisqu'elle cesserait d'être ce qu'elle est, si l'un de ces élémens lui était enlevé, en sorte qu'elle tient le complément de son caractère de cette réunion dans laquelle chaque élément est encore reconnaissable.

Telles sont, par exemple, trois passions bien différentes entre elles, et cependant ayant quelque chose de commun: la *jalousie*, l'*envie*, l'*émulation*. Toutes trois se composent du double intérêt d'un objet désiré et non possédé, et des rapports qui naissent de la comparaison que celui qui désire fait de sa situation avec celle de celui qui possède l'objet de son désir.

L'homme *jaloux* est tourmenté du sentiment de la privation et de l'impuissance de souffrir ni une concurrence, ni un partage; il lui faut un possession exclusive, qu'il n'a point, qu'il veut obtenir à tout prix, et dont il veut déposséder son rival.

L'homme *envieux*, tourmenté de la jouissance accordée à un autre, tourmenté aussi de l'impossibilité de la lui disputer, sent un profond dépit de son infériorité et de la supériorité de celui dont il ne peut être le rival; il renoncerait volontiers à l'objet de ses désirs, pourvu que celui auquel il porte envie en éprouve la privation, et qu'il puisse jouir de sa souffrance.

L'homme que l'*émulation* enflamme voit le succès de son émule, l'inégalité de sa situation le tourmente; mais il aspire au même avantage, le sentiment de ses forces lui en donne l'espérance, et tous ses efforts ont pour but de se placer à la même hauteur.

Les deux premières affections entraînent la haine d'un rival: dans la première, cette faiblesse de l'ame n'exclut pas une cer-

taine mesure d'élévation et de force; dans la seconde, c'est la haine d'un lâche; la troisième comporte l'estime, et même n'exclut pas l'amour de celui qui jouit; elle est compatible avec la loyauté et la générosité.

Voilà des affections complexes, et dont les élémens sont appréciables jusque dans leur combinaison; il est un autre genre de complication qui est déchirante, parce que ses élémens sont insociables, et c'est de cette incompatibilité que naît le tourment de la passion. Corneille nous peint dans le Cid, la loi de l'honneur aux prises avec la puissance de l'amour le plus passionné. L'idée d'un avare amoureux nous offre un autre genre de perplexité, si cependant l'amour lui-même peut soutenir quelque lutte dans le cœur d'un véritable avare; c'est au reste dans les mesures respectives de l'une et de l'autre affection que se peut supposer la vraisemblance; quoi qu'il en soit, dans ces deux situations, on voit le tourment de deux affections opposées, puissantes, incompatibles; le tourment consiste dans la difficulté du sacrifice de l'une à l'autre.

Devons-nous placer parmi ces affections, qui résultent du concours de volontés opposées et insociables, la lutte par laquelle l'homme sage et vertueux cherche à opposer sa raison aux mouvemens de ses passions, à en empêcher le développement, à en régler la mesure, à en réprimer les excès? L'effort qu'exige cette lutte est proportionné aux dispositions plus ou moins actives d'une ame sensible et ardente. Cet effort est ce qui constitue la *vertu*. Il y a là certainement un combat pénible, et l'ame contrariée souffre. Mais le succès du combat amène, pour l'homme dont la raison est victorieuse, la satisfaction de lui avoir conservé son empire, d'être resté maître de lui-même, et de se sentir plus heureux parce qu'il se sent meilleur. L'habitude du combat et du succès rend la victoire plus facile, en donnant à la raison plus de force; mais il faut toujours regarder comme pénible le moment où l'homme fait effort pour arrêter la volonté passionnée, en lui opposant la volonté raisonnable. Celle-ci est appuyée sur l'amour et la conscience du vrai, du bon et du juste. Si cet amour seul ne suffit pas (eh! qu'il est rare qu'il suffise!), il sera soutenu dans l'homme sage par le sentiment de sa propre dignité, ce qui constitue l'honneur; par l'ordre et les droits de la société à laquelle l'homme appartient; par un sentiment plus étendu, plus profond et plus puissant, quand il est établi sur une véritable persuasion, le sentiment religieux. Ces nobles motifs font l'homme vertueux. A leur défaut, la force de l'opinion, la crainte des reproches et du déshonneur, celle des peines ou présentes ou futures, sont des motifs moins nobles, parce que la justice même n'en est pas la source, et qu'ils tiennent presque toute leur puissance de l'intérêt et du danger personnel;

néanmoins, ils se rapportent aux mêmes origines, et s'ils ne constituent pas la vertu, ils conservent l'innocence, et suffisent à la société. Au reste, de quelque source que vienne l'effort qui réprime les passions, qui lutte contre la force de leurs volontés, qui modère l'ardeur des désirs, le développement de cet effort établit, pour un temps du moins, un état de peine qui appartient aux affections contrariées.

Ceci nous conduit à un autre ordre d'affections complexes, celles qui constituent les *regrets* et les *remords*; les remords supposent le sentiment et l'amour de ce qui est bon et juste, et une certaine mesure d'attachement à ses devoirs; les regrets viennent de la douleur d'un intérêt blessé, d'une jouissance enlevée, d'une possession perdue. Les uns et les autres se composent du souvenir d'un état heureux qui n'est plus, du sentiment douloureux d'une situation présente et fâcheuse, et du désir, avec ou sans espérance de succès probable, de se replacer dans la position d'où l'on se trouve déchu; outre cela, le remords met l'homme mal avec lui-même; il se trouve à la fois juge et coupable. Lorsque l'espérance est perdue, et que l'intérêt est grand et ne peut être oublié, le regret, et le remords surtout, prennent la mesure déplorable du désespoir. Alors, soit que le bonheur perdu soit la conséquence d'une conscience troublée, ou d'une possession ravie, c'est toujours un tourment attaché au souvenir, et qui, si le souvenir ne l'efface pas, peut, selon l'intérêt qu'il porte avec lui, empoisonner la vie et en accélérer le terme.

Il y a encore une importante distinction à faire entre les affections de l'ame, relativement au genre d'émotion dont elles sont la conséquence. C'est celle des affections qu'on nomme *excitantes* et de celles qu'on nomme *débilitantes*. Cette distinction marque le passage des affections de sentiment ou des affections passives aux affections de volonté ou aux affections actives, et la manière dont celles-ci dérivent des premières.

Les affections excitantes sont celles qui font naître une volonté forte, des résolutions et des déterminations conformes à cette volonté. Les émotions débilitantes, au contraire, anéantissent, pour ainsi dire, la volonté même, et à plus forte raison les résolutions et les déterminations. Les unes soulèvent l'ame, la rendent active et puissante; les autres l'abattent et lui ôtent toute son énergie. C'est là que se manifeste, ainsi que nous l'avons déjà dit, ce que l'on nomme le caractère, qui établit une si grande différence entre les hommes placés dans des positions semblables, et qui même peut souvent varier dans le même homme, selon la nature des circonstances, les vicissitudes des âges, celles du tempérament, et l'état de la santé. Son empreinte se reconnaît dans la physionomie, c'est-à-dire dans les traits et les mouvemens de la figure, dans les

actions, les attitudes, et, en général, soit au dehors, soit au dedans, dans tout ce qui dépend de l'activité des organes.

En effet, la manière dont nous sommes affectés ne suffit pas pour former en nous une volonté, des résolutions, des déterminations. Celles-ci dépendent outre cela d'une force qui existe dans l'homme, et qui fait qu'il veut, décide et agit; et toute volonté ne peut être que le résultat d'un jugement plus ou moins prompt, et que l'on croit juste, porté en conséquence de l'émotion éprouvée. Ce jugement suppose la connaissance d'une cause à laquelle on rapporte cette émotion, celle du degré d'intérêt que mérite cette cause, et la conscience d'une mesure de facultés proportionnées à cet intérêt. Quand ce jugement est formé par la raison, il retient l'affection et ses conséquences dans les mesures et les proportions convenables, et met un frein à la passion. Mais s'il est sous la seule influence du sentiment, ou s'il est entièrement sous l'empire du caractère, il devient précipité et passionné, et se forme, ou dans les mesures souvent exagérées de la sensibilité, ou dans celles d'une irritabilité, dépendante soit du tempérament, soit des habitudes de celui qui éprouve l'affection. On a dit que les femmes jugeaient avec le cœur, parce qu'elles sont éminemment sensibles, les hommes avec leur caractère, le sage avec sa raison.

La mesure de la sensibilité, la force ou la faiblesse du caractère, et les proportions différentes de l'une à l'autre déterminent en grande partie l'effet excitant ou débilitant des émotions, soit qu'elles soient agréables, soit qu'elles soient pénibles. Un même malheur élevera l'ame de l'un et jettera l'autre dans l'abattement; la menace produira chez celui-là l'indignation et la colère, chez celui-ci la crainte; la vue d'un même danger inspirera le courage ou la peur; une attaque semblable sera repoussée avec une résistance généreuse ou reçue avec une soumission pusillanime. Le silence même de l'humiliation trahira l'impuissance de l'un, couvrira chez l'autre les préparatifs de la vengeance. Le Samnite doit trembler en voyant la morne consternation du soldat romain qui vient de passer sous les fourches caudines. Un même homme aussi se trouvera fort et hardi ou faible et timide, suivant les dispositions physiques qui changent son caractère. L'intrépide Charles XII perdit son audace et son indomptable témérité dans la fièvre qui accompagna la suppuration de sa plaie (Voltaire, *Hist. de Charles* XII, c. IV). L'opinion, une illusion même, arme les uns d'une puissance exorbitante, enlève aux autres toute leur force : elle seule suffit pour changer le sort des combats. Le bonheur n'a pas la même influence sur tous les esprits. Parmi les jouissances qu'il procure, il en est qui développent et multiplient les désirs, donnent de l'assurance, et

portent aux entreprises; il en est, au contraire, comme celles qui tiennent à la volupté, qui absorbent et enivrent l'ame, lui ôtent la faculté de désirer et la force d'entreprendre. Renaud ne connaît plus l'amour de la gloire et ne sent plus la fièvre des combats, du moment qu'il s'est livré aux charmes d'Armide; l'énergie des vainqueurs de Rome s'éteint au milieu des délices de Capoue, tandis que la paix glorieuse qui termine la deuxième guerre punique devient le présage de la ruine de Carthage.

Enfin, dans ce genre d'émotions, il y en a encore qu'on peut appeler *complexes* par leur effet, et dans lesquelles l'ame flotte incertaine entre ce qu'elle doit espérer et ce qu'elle doit craindre, entre les volontés qu'elle doit former, les résolutions et les déterminations qu'elle doit prendre. L'inquiétude, l'indécision, l'irrésolution, la perplexité, sont des situations très-pénibles; quand la source n'en est pas dans l'obscurité des causes, dans leur multiplicité, ou, comme nous l'avons déjà dit, dans la diversité des intérêts entre lesquels l'ame se trouve partagée, elle est, soit dans le vice d'un jugement mal assuré, vacillant dans l'incertitude du doute ou l'inquiétude de l'imprévoyance, soit dans la faiblesse ou l'instabilité du caractère.

L'homme qui ne sait que vouloir et quel parti prendre est souvent le plus malheureux des hommes.

2°. *Degré ou force de l'émotion qui constitue les affections de l'ame.* Quelle que soit la cause qui a fait naître une affection, et quel que soit soit le genre d'émotion qui la caractérise, il faut toujours la considérer dans deux degrés, qui apportent dans ses effets une grande différence. Le premier est celui d'une *affection modérée*, renfermée dans la mesure d'intérêt fixée par un sentiment juste et par un jugement sain et convenable. Le second degré consiste dans une mesure de sensibilité qui exagère le sentiment, élève l'intérêt audessus de ses proportions naturelles, entraîne le jugement et le soustrait à la raison, fait ainsi sortir l'ame de son assiette ordinaire, et constitue alors la *passion* proprement dite.

Quand il s'agit de la *raison*, comme règle de nos affections, on n'entend pas par ce mot l'excuse que porte avec lui un intérêt puissant, et auquel il est difficile que la nature humaine ne se laisse entraîner; ce qui fait dire qu'un homme a raison, par cela seul qu'il est excusable, et qu'il lui eût fallu une force rare pour se contenir. On entend cette justesse de jugement dont l'empire doit modérer le sentiment, régler les volontés, mesurer les résolutions et les déterminations conformément aux véritables intérêts de l'homme, et aux droits que lui accorde ou que lui conserve la société dont il fait

partie. La première et la seule difficulté qu'éprouve l'homme à cet égard, est donc de modérer le sentiment et ses effets, et d'après tout ce que nous avons dit sur la puissance des causes qui déterminent nos affections, il est aisé de sentir combien cette première condition est difficile à remplir. Les moyens d'y parvenir sont l'objet du régime et de la médecine morale, dont il n'est pas ici question.

C'est donc toujours de la mesure du sentiment que dépend la passion. Son élément essentiel et moteur est la sensibilité, ou naturelle ou acquise de l'ame; son élément occasionel est l'intérêt réel ou fictif qu'excite en nous l'objet qui nous occupe; son régulateur est le jugement d'un esprit sain qui n'accorde à cet intérêt que sa véritable valeur. C'est là que sont les causes, les mesures et les remèdes des excès auxquels peut se porter la passion.

L'impression reçue et l'affection produite atteignent la mesure de la passion quand l'intérêt qui les accompagne est puissant, ou quand la sensibilité le graudit et le monte à ce degré d'importance. Si les proportions naturelles étaient toujours conservées entre nous et les objets de nos affections, et respectivement entre ces objets comparés les uns aux autres, la valeur de ces causes, et leur rapport avec l'intensité de nos affections seraient aisés à déterminer. Alors les plus puissans des intérêts, et ceux qui sont les plus propres à développer des passions, seraient ceux de la conservation individuelle; la nature placerait immédiatement après, et quelquefois avant ceux-là, les intérêts de la maternité et ceux de l'amour. Ensuite, les intérêts de famille feraient naître et des attachemens et des oppositions, selon que l'intérêt individuel y serait plus ou moins associé ou compromis. Les intérêts de société et de patrie n'étant que des extensions et comme des conséquences des intérêts de famille, sont également, et sous les mêmes rapports, des sources d'attachement et d'opposition plus ou moins capables d'entraîner nos affections, et de dominer sur notre ame. Mais l'esprit de l'homme change de mille manières l'ordre et les proportions de la nature; ses propres conceptions et l'amour-propre qui l'attache à ses pensées et à ses jugemens, l'éducation, les habitudes, les préjugés, les conventions sociales, les opinions politiques, philosophiques et religieuses, font naître pour lui d'autres intérêts, auxquels, bien souvent, il subordonne tous les autres; et l'on sait à quels oublis de tous les droits et de tous les devoirs entraînent les fanatismes politique, philosophique et religieux, et comment, en partant des principes qui devraient rendre l'homme plus sociable, plus sage, plus charitable, il sait y trouver le prétexte des plus inconcevables fureurs, quand il se croit constitué le défenseur de la société, l'apôtre de la raison, le minis-

tre ou l'instrument de la divinité. C'est donc souvent beaucoup moins sur la mesure naturelle des intérêts, que sur leur mesure fictive, qu'il faut estimer la puissance des motifs qui font naître les passions.

Nous avons déjà observé à quel point les dispositions individuelles, naturelles ou acquises, éventuelles ou enracinées par l'éducation et l'habitude; déterminées par la sensibilité spéciale de certains organes, et par leur action sympathique; préparées par des affections antérieures capables d'élever la sensibilité générale audessus des mesures ordinaires, ou produites par différens genres de maladies, pouvaient influer sur le développement et la force des passions.

Nous avons dit encore comment les distances, l'éloignement ou le rapprochement des lieux et des temps, ainsi que la durée des impressions et de l'action continuée des causes qui les produisent, pouvaient ajouter ou retrancher à la vivacité des passions et à la grandeur de leurs effets.

Mais c'est surtout dans le genre d'émotion qui constitue les affections, qu'il faut chercher les élémens de la force qu'elles prennent, et du degré auquel elles s'élèvent. C'est cependant moins dans le caractère pénible ou agréable, que dans la nature active ou passive de ces affections, et dans la puissance débilitante ou excitante des émotions qui les produisent, qu'il faut chercher l'origine de leur force et de leur intensité. C'est surtout dans les contrariétés qui résultent des fortes oppositions, qu'on peut faire l'épreuve de la différence d'énergie qui existe entre les affections passives et les affections actives. Quelle que soit la vivacité d'un simple sentiment, l'opposition d'un sentiment contraire donne toujours à l'émotion qui en résulte un degré de moins en force, que quand le sentiment contrarié a donné naissance à une volonté forte, à une résolution arrêtée, à une détermination prise en conséquence de cette volonté. Les caractères décidés en éprouvent, toutes choses égales, une exaspération bien plus grande que les ames purement sensibles et affectueuses, et qui n'ont pas l'énergie nécessaire pour produire une volonté prononcée. Les émotions débilitantes donnent aussi plus généralement lieu aux affections passives, et les émotions excitantes aux affections actives. Aussi en résulte-t-il une conséquence très-avantageuse pour les hommes de caractère : c'est que, quelque irritables qu'on les suppose, par cela seul que leur nature les dispose davantage à éprouver les effets des émotions excitantes, ils succombent moins que les autres sous le poids des émotions débilitantes, dont ils sont préservés par leur activité naturelle et par la conscience de leur force, et contre lesquelles ils sont soutenus par leur courage.

Après avoir indiqué de quelles causes nos affections reçoi-

vent l'intensité qui les porte jusqu'à la mesure des passions; serait-il possible de former une échelle des degrés auxquels elles peuvent ainsi s'élever, en donnant à chacun de ces degrés des caractères déterminés par l'observation? Il nous semble qu'on peut y parvenir au moyen des remarques suivantes, en considérant séparément les affections de sentiment et les affections de volonté.

1°. Dans un premier degré, les affections de *sentiment*, soit qu'elles soient agréables, soit qu'elles soient pénibles, seront passagères et fugitives, disparaissant, ou avec ou peu après l'action de la cause qui les a fait naître, et s'effaçant de manière à ne pas laisser de souvenir. 2°. Dans un second degré, l'impression sera assez forte pour laisser la faculté du souvenir, soit qu'il doive être rappelé par des occasions, soit qu'il puisse être commandé par la volonté. 3°. Une impression plus forte laissera un souvenir durable, involontaire et spontané, qui ne pourra être affaibli et effacé que par une nouvelle impression plus puissante, soit par la nature de son intérêt, soit par sa nouveauté. 4°. Par suite d'une impression plus profonde encore, la réflexion s'attachera au souvenir, lui donnera une nouvelle force, ramènera l'esprit sur l'impression reçue, soit en l'y sollicitant par l'attrait du plaisir, et en faisant naître l'amour ou le désir, soit en l'y forçant par un sentiment pénible qui produise l'aversion ou l'appréhension et la crainte. 5°. Cette réflexion, tantôt cédera plus ou moins facilement à une distraction fortuite ou volontaire, et pourra, ou être suspendue et dissipée par elle, ou s'affaiblir en se partageant facilement sur plusieurs objets de différente nature; 6°. tantôt au contraire, ce qui forme un nouveau degré, elle se distraira difficilement, pour revenir et rendre à l'affection sa première force, lorsque la distraction aura cessé. 7°. Dans un degré plus fort encore, la prédominance d'une impression sera telle, qu'elle l'emportera sur toutes les autres; qu'elle leur ôtera leur puissance naturelle, et ne pourra être complétement interrompue par leur concurrence. 8°. Enfin le dernier terme sera marqué par une préoccupation telle, que l'affection qui la produit deviendra exclusive, assidue, et n'admettra ni intervalle ni partage. Ainsi, c'est de la mémoire, de la réflexion, ou de l'attention soutenue, de la propension de l'esprit vers l'objet, et du pouvoir ou de l'impuissance d'associer ou d'alterner les idées, et de disposer librement de l'attention, que se prendront les principaux caractères de l'empire qu'un sentiment s'est acquis sur notre ame.

On peut observer des nuances semblables dans les affections de *volonté*, et, quoiqu'elles tirent nécessairement leur origine des affections de sentiment, comme les élémens qui entrent dans leur composition sont d'un autre ordre, elles ne leur sont pas toujours proportionnelles, et le caractère de l'indi-

vidu a plus de part à la graduation qu'elles suivent, que sa sensibilité. La constance ou l'inconstance des volontés, l'intervention et la puissance de la raison, le concours de volontés différentes, et les obstacles physiques ou moraux, sont les épreuves d'après lesquelles s'établit la série des degrés qui caractérisent la force des affections de volonté ou des affections actives.

1°. Les moins puissantes sont celles qui tiennent à une volonté faible et temporaire, à laquelle l'ame n'est pas déterminément attachée, et qui ne se renouvelle pas toujours lorsque l'idée qui l'a fait naître se représente et reproduit une impression semblable. 2°. Des affections plus fortes sont celles qui se renouvellent constamment avec la même force de volonté, toutes les fois que l'idée se reproduit, ou par occasion, ou parce que la volonté elle-même tend à la faire renaître en y attachant un intérêt. 3°. Il en est dans lesquelles le jugement, dicté par l'intérêt du sentiment, peut être facilement contrebalancé par le jugement que porte la raison, et où la réflexion qui les met l'un et l'autre en balance, laisse au jugement de la raison une puissance entière pour modifier et dominer le jugement né de l'affection, et former la volonté définitive. 4°. D'autres, plus fortes, donnent au sentiment une puissance telle, qu'il faut tout l'effort d'une raison cultivée et habituée à dominer, pour vaincre l'entraînement de l'affection. 5°. De plus fortes encore donnent aux sentimens et aux volontés qui en dérivent un entier empire sur ce que conseille et dicte la raison. 6°. Quand la raison est dans cette infériorité de puissance, le concours d'autres volontés, inspirées par d'autres sentimens et d'autres intérêts, peut balancer la première et lui ôter de sa force, en partageant son influence sur notre ame; 7°. mais des affections plus fortes encore font naître une volonté prédominante, et dont les résolutions l'emportent sur toutes celles qui pourraient conserver quelque droit sur notre ame. 8°. Il en est de plus fortes encore, qui restent constantes, prédominantes et exclusives; 9°. Mais, parmi celles-là même, il en est qui, quelque violentes et exclusives qu'elles soient par elles-mêmes, sont arrêtées par l'impuissance et par les obstacles qui en détruisent l'effet: 10°. d'autres, au contraire, persistent obstinément, malgré les oppositions qui arrêtent l'exécution des volontés, dussent-elles se perdre en efforts téméraires, dont l'inutilité ne détruit point l'opiniâtreté de l'ame, soit que cette indomptable volonté soit l'effet d'un caractère puissant, soit qu'elle soit soutenue seulement par la vanité et l'amour-propre.

Ici, nous avons confondu les résolutions et les déterminations avec les volontés, en les regardant comme conséquence les unes des autres; néanmoins, quoiqu'elles en dérivent essentiellement, et leur soient, toutes choses égales, proportionnelles

dans chaque individu, il faut convenir que si l'on compare les individus entre eux, cette proportionnalité n'existe plus, et qu'elle suit alors la différence des caractères, dont la force, considérée dans tous ses degrés, donne encore une nouvelle graduation dans la mesure et le développement des passions qui en dérivent. En effet, la volonté prononcée n'exclut pas l'irrésolution quand il faut prendre un parti; et la résolution même, quelque décidée qu'elle paraisse dans la délibération, n'exclut pas non plus la timidité dans l'exécution. Ainsi, la volonté passionnée qui entraîne la résolution, et celle qui, ensuite de la résolution, conduit à la détermination et à l'exécution, appartient le plus souvent à la nature du caractère, mais aussi constitue quelquefois un degré remarquable de la passion, dont la puissance donne quelquefois aux ames faibles et le courage et la force même contre les plus grands dangers, comme on le voit dans les animaux les plus timides, quand ils sont poussés par l'amour, et, dans leurs femelles, quand elles s'animent pour la défense de leurs petits.

3°. *Persévérance des émotions qui constituent les passions; changemens qu'elles peuvent éprouver, et qui influent sur leur durée.* L'ame conserve plus ou moins longtemps les émotions qui l'ont affectée. Le sentiment de la reconnaissance, conservé dans une ame honnête, a été très-bien défini par l'expression ingénieuse de *la mémoire du cœur.* En effet, les phénomènes de la mémoire, sans constituer pour cela des facultés différentes, s'appliquent également aux impressions reçues par les sens, aux objets conçus par l'intelligence, et aux affections éprouvées par l'ame. La mémoire des sensations résulte d'une propriété de l'organisation; la mémoire des choses intellectuelles devient une faculté de l'esprit; la mémoire des affections ou la mémoire de l'ame fait une partie du caractère.

Persévérance des passions. C'est de la mémoire des affections ou de la mémoire de l'ame, c'est-à-dire de la durée des émotions qui l'ont affectée, qu'il est seulement question ici. Comme ces émotions ont leur origine dans les impressions reçues par les sens, dans les idées conçues par l'esprit, dans les jugemens que nous portons sur les unes et les autres: la nature de ces impressions, de ces idées et de ces jugemens sont une des causes de la force et de la persévérance des affections de l'ame, surtout quand l'action de ces causes est fortifiée par le concours de l'attention et de la volonté, ainsi que nous l'avons développé précédemment. Mais ce qui influe principalement sur la durée des émotions, c'est, d'une part, la trempe du caractère, qu'on peut souvent regarder comme faisant partie de la constitution physique de l'individu; de l'autre, la nature même de la passion, dépendant et du genre d'émotion qui la

constitue, et de la manière dont cette émotion s'est établie, et des circonstances dans lesquelles elle a été reçue par l'ame.

En général, tout ce qui donne ou ôte de la force aux impressions, leur donne aussi ou leur ôte de la durée. Tout ce qui leur donne de la force ou de la durée, influe aussi sur la mesure et la persistance des émotions et des passions qui en dérivent : des conditions contraires ont également une influence en sens contraire.

Quoique l'on puisse considérer ou le caractère des hommes indépendamment de leurs passions, ou les passions indépendamment des caractères, il est cependant vrai que la manière dont les affections se manifestent et se développent est un des indices les plus sûrs pour connaître et apprécier le caractère, et que le caractère, une fois connu, peut le plus souvent faire présager quelle sera la mesure et la force des passions dont un individu sera animé. Ceci est également applicable à la persévérance avec laquelle elles se maintiendront en lui.

Ainsi un homme est sombre ou enjoué, gai ou triste, fâcheux ou bienveillant, optimiste ou morose; son caractère est constant ou léger, il est tenace et opiniâtre, ou mobile et changeant; il est souple ou obstiné; on le trouve sociable ou farouche, communicatif ou méfiant, ouvert ou réservé, franc ou dissimulé; il se montre impétueux ou tranquille, prompt ou lent, timide ou hardi, patient ou ne souffrant point les délais; enfin les habitudes de son esprit ont rendu son caractère réfléchi ou superficiel, solide ou frivole : toutes ces manières d'être, qui ne sont ni des affections ni des passions, sont, pour ainsi dire, le terrain dans lequel elles germent et sur lequel elles se développent; et, indépendamment des couleurs qu'elles y prendront, elles y seront, suivant ces différentes conditions, plus ou moins vivaces ou éphémères. Il est inutile de développer comment ces deux conditions de durée et leurs intermédiaires dérivent des caractères que nous venons d'indiquer. Nous n'y ajouterons qu'une réflexion, c'est que les affections sont d'autant plus constantes, toutes choses égales, qu'elles s'établissent sur des caractères qui leur sont plus analogues, et avec lesquels elles s'allient plus facilement.

Cette influence du caractère et des dispositions physiques dont il se compose sur la nature des passions qui y prennent plus facilement racine, paraîtra bien évidente, si nous portons nos regards sur les régions qui semblent les plus propres au développement de certains caractères, et des passions qui leur sont analogues, même en nous bornant aux pays dont les rapports politiques et le degré de civilisation ont entre eux le plus de ressemblance, et sans sortir, pour ainsi dire, de la famille européenne. Les hommes méridionaux de l'Italie et de l'Espagne, nés et vivans sous un ciel brûlant, avec un tempéra-

ment bilieux et irritable, avec un caractère ardent, conçoivent des passions violentes et profondes, qui, si elles n'agissent pas sur-le-champ avec tout ce qu'elles ont d'énergie, restent impérissables au fond du cœur, ne perdent rien par le temps pendant lequel elles sont contenues, jusqu'au moment où, libres d'éclater, elles font explosion, comme les volcans sur les cendres desquels elles se sont allumées. Les hommes du milieu, ceux de la France, d'une partie de l'Allemagne, etc., nés dans un climat variable et sur des terres fécondes, jouissent d'un tempérament sanguin, leurs organes sentent vivement, mais échangent avec facilité leurs sensations; ils ont un caractère vif, actif, prompt, mais mobile, et oublient promptement ce qu'ils ont senti vivement. Ils forment avec activité des résolutions et les abandonnent avec facilité: c'est pour eux surtout que le temps et les distances sont les remèdes des grandes passions. Les hommes de l'Angleterre appartiennent en partie aux hommes du milieu, mais tiennent peut-être un peu davantage aux hommes du Nord. Ceux-ci, dans un climat plus froid, mais sous l'empire de saisons dont les influences et les périodes ont plus de constance et d'uniformité, portent plus généralement les signes distinctifs du tempérament lymphatique, sont d'une constitution moins irritable, mais aussi moins susceptible d'admettre en peu de temps une succession très-rapide de sensations différentes. Leur caractère n'est ému que par des impressions fortes, mais il est moins distrait des émotions qu'elles ont produites; la mémoire en est plus durable, l'attention et la réflexion s'y attachent plus long-temps, et admettent moins de diversions. Les esprits sont plus méditatifs; et ce que les résolutions ont de moins en promptitude et en rapidité, elles le regagnent en constance et en persévérance. Au-delà de ces limites, une nature trop sévère a réduit, pour ainsi dire, l'organisation à la force de vivre. Elle a permis à quelques-unes de ces contrées d'offrir des exemples presque fabuleux de longévité; mais elle semble, chez ces hommes hyperboréens, avoir diminué proportionnellement et l'activité de l'ame et la faculté de sentir.

Si l'on considère maintenant les différens genres et les différentes mesures d'émotions qui constituent les passions, il sera vrai de dire que celles qui dérivent d'impressions *fortes* sont, toutes choses égales, les plus durables: il n'en faut pas dire autant des plus *vives*. Celles-ci sont plus dans la mesure de la sensibilité; or, la mobilité du caractère est bien souvent jointe à l'extrême sensibilité; c'est ce qui fait qu'en ce qui concerne les émotions, la vivacité est loin d'être le synonyme de la force: avec quelle vivacité ne sentent pas les enfans, et qu'heureusement leurs émotions sont passagères et fugitives? On peut en dire autant de la sensibilité de la plupart des femmes;

et ce que nous avons dit des hommes du milieu de l'Europe, comparés aux hommes du Midi et à ceux du Nord, présente encore un caractère analogue. La *force* annonce quelque chose de plus profond, la *vivacité* a plus de rapport aux effets sensibles qui se manifestent au dehors. Ainsi les émotions fortes sont plus silencieuses et plus durables, les émotions vives sont plus expansives et plus passagères.

Les affections *passives*, ou de simple sentiment, semblent devoir durer moins, toutes choses égales, que les affections *actives*, parce qu'elles paraissent moins fortes. Cependant il faut y faire une distinction, c'est celle des affections *expansives* et des affections *concentrées ;* les premières, qui se rencontrent plus dans les affections vives que dans les affections fortes, tendent à s'épancher, à se communiquer, à se soulager en se versant au dehors ; et ces communications, ces expressions, ces épanchemens ouvrent l'ame à d'autres impressions, donnent accès à toutes sortes de sensations, diminuent l'empire des passions sur l'homme, et allègent ou abrègent sa servitude. Les affections concentrées, au contraire, se rencontrent plus communément parmi les affections fortes; leur force s'accroît par cette concentration même, et les caractères qui s'y prêtent le plus conçoivent souvent, pour des causes légères en elles-mêmes, des affections puissantes, durables, et qui dégénèrent en mélancolies profondes. Le chagrin, ainsi que l'amour, selon qu'ils s'unissent à un caractère expansif ou concentré, produisent, sans aucune différence dans les causes, des passions absolument différentes.

Les affections *agréables* sont presque toujours expansives. C'est de cette union de la satisfaction et du caractère expansif que naît la *gaîté;* elle s'entretient et s'augmente par la communication ; elle ouvre l'ame à la variété des sensations ; mais aussi les affections qu'elle caractérise s'interrompent, se suspendent, s'échangent et se dissipent avec facilité. Les affections *pénibles* sont naturellement plus durables, elles aiment la solitude, elles engendrent la *tristesse.* Mais quand, ou le caractère de l'individu, ou l'heureux effet des secours étrangers le portent à s'épancher au dehors, elles s'adoucissent en se partageant, la *consolation* les efface, elles se divisent et s'affaiblissent par le mélange d'autres intérêts, et la variété qu'elles admettent alors les rend et variables et passagères.

Les affections *débilitantes* donnent à l'ame moins d'essor, arrêtent ses résolutions, l'enchaînent dans ses déterminations ; les affections *excitantes* opèrent un effet contraire. Les premières, par l'impuissance même qu'elles produisent, se convertissent facilement en affections mélancoliques, si l'objet en est triste ; et cette impuissance s'étend jusqu'à imprimer le caractère débilitant à d'autres affections que de nouvelles

causes peuvent faire naître. En se prolongeant, les affections débilitantes amènent la langueur et la pusillanimité. Celles qui appartiennent au plaisir ont aussi leur langueur, l'ame s'énerve par elles, et leur durée ne fait qu'en exagérer le caractère.

Les affections excitantes, au contraire, ont beaucoup des conséquences des affections expansives. Quand elles sont devenues actives, alors, soit *libres*, soit *contrariées*, elles présentent des développemens nouveaux, ou pour la durée des passions, ou pour les changemens que subit leur caractère. Libres et satisfaites, dans les ames ardentes et fortes, elles engendrent souvent de nouveaux désirs, elles semblent ajouter aux forces, et inspirent jusqu'à la témérité; tandis que celles qui ont plus de vivacité que de force et de constance se perdent dans la jouissance et s'y éteignent. Quand elles sont, ou contrariées dans leur début, ou arrêtées dans leur succès, tantôt les obstacles les irritent et les exaltent; quelquefois alors, suspendues dans leur effet, mais non détruites, elles s'alimentent et s'accumulent dans leur inaction même (*ira memor; collecta ex longo rabies*); tantôt, au contraire, le sentiment de l'impuissance les abat et jette l'âme dans le découragement: alors ces affections changent de caractère et deviennent débilitantes. Au reste, ici le caractère individuel entre pour beaucoup dans l'excitation ou la débilitation que l'ame éprouve, et, comme nous l'avons déjà dit, son énergie ou s'enflamme ou s'éteint par les mêmes causes, selon les hommes et selon les circonstances.

Les affections que nous avons nommées *complexes* conservent leur caractère quand elles sont composées d'élémens analogues et sociables; elles offrent celui d'une affection nouvelle différente de celles dont elle dérive, lorsque ses élémens primitifs sont opposés entre eux et mutuellement incompatibles. Les premières croissent par la réunion de leurs élémens, comme la jalousie et l'envie; elles acquièrent la durée des passions fortes, et la conservent autant que subsiste la vue ou la pensée de l'objet qui les a fait naître, et sur lequel l'ame s'est attachée. Les secondes empruntent leur force de l'opposition même qui rend les intérêts insociables. Ainsi l'agitation de l'ame partagée entre des désirs et des volontés que leur incompatibilité ne permet pas de satisfaire à la fois, et dont elle n'a pas la force de faire le sacrifice; le regret d'une perte irréparable, et dont le souvenir ne peut s'effacer; le déchirement du remords, qui fait que l'ame trouve en elle-même son ennemi, son accusateur et son juge; l'impuissance, entre deux résolutions opposées, de prendre un parti fondé sur l'intérêt ou la raison, offrent l'idée de tourmens interminables, tant que les objets opposés subsistent et conservent leur pouvoir sur notre esprit,

ou que l'ame est assez faible pour ne pouvoir s'arracher au moins à l'une des puissances qui la dominent.

On conçoit que ces dernières passions, qui sont par leur nature les plus fortes de toutes, doivent aussi être les plus persévérantes.

Changemens que les passions peuvent éprouver, et qui influent sur leur durée. La durée d'une passion a son terme lorsque cette passion s'affaiblit et s'efface spontanément, lorsqu'elle est remplacée par une autre, ou lorsqu'elle peut être distraite par la succession ou le mélange d'autres idées produites par de nouveaux objets qui occupent ou l'esprit ou les sens. C'est de ces changemens, de ces mélanges, que naissent des observations importantes qui ne peuvent être omises dans l'analyse des passions.

Lorsqu'une affection de l'ame succède à une autre et la remplace, l'état de l'ame change à la fois, en conséquence et de la nouvelle émotion qu'elle éprouve, et de celle qui s'est effacée, si elles sont ou trop fortes ou trop opposées pour subsister ensemble. Si ce changement se fait par degrés successifs et dans des temps proportionnels, il n'a point par lui-même d'effet remarquable. Si, au contraire, il s'opère brusquement, alors, par la commotion qui en résulte, ce changement constitue par lui-même une affection qui a ses effets propres, même abstraction faite des genres de passions dont elle dérive. Cette commotion est proportionnelle à la distance ou à la différence des passions entre lesquelles s'est fait le passage, à la force et à l'intensité des extrêmes de cette différence, et à la rapidité du passage de l'une à l'autre. Ainsi le passage instantané entre deux affections très-fortes et absolument opposées constitue la commotion la plus violente qu'on puisse éprouver. Il ne faut pas oublier que la force des affections ne dépend pas uniquement de la cause, mais plus encore du genre de sensibilité du sujet qui en reçoit l'impression. Cette commotion peut alors atteindre des mesures par lesquelles non-seulement l'organisation est bouleversée, mais la vie peut être instantanément anéantie. Ainsi on nous raconte, qu'après la bataille de Cannes, une mère désolée de la perte de son fils, qu'elle croyait mort, fut tellement saisie de joie en le revoyant, qu'elle expira sur-le-champ. Nous avons vu un homme qui, absous contre son attente par un jugement révolutionnaire, fut frappé aussitôt d'un délire qui fut suivi d'une fièvre nerveuse fort grave, qui se termina heureusement vers le vingtième jour. Dans sa convalescence, apercevant un mouchoir, il l'inonda de ses larmes : ce mouchoir appartenait à sa femme, dont il était éloigné, et qu'il avait cru ne jamais revoir. Il fut alors entièrement rétabli. Ces grandes commotions produisent encore des dérangemens chroniques du cerveau et des folies. Dans les premières années de

la révolution, les anévrysmes du cœur et des gros vaisseaux parurent devenir plus fréquens que jamais, ensuite les engorgemens squirreux et ulcéreux de l'estomac et du pylore, enfin les affections hypocondriaques.

Les causes de ces alternatives et le genre de commotions qu'elles produisent, agissent entièrement sur l'ame; mais il en est d'autres qui sembleraient n'intéresser que l'esprit, ou même n'affecter que les sens, et dont les effets, cependant, se communiquent à l'ame par des émotions, qui, à la vérité, ne s'élèvent que rarement au degré qui constitue la passion, ou du moins n'en ont pas la profondeur, et ne sont pas susceptibles de la même persévérance, mais dont l'influence est pourtant assez forte pour faire quelquefois une diversion efficace aux passions les plus profondes. Ce sont ces diversions dont il est important au médecin d'analyser les causes et de bien connaître les effets : elles peuvent devenir entre ses mains des moyens salutaires.

On observe constamment que tout ce qui diminue la somme des impressions que les sens, l'esprit et l'ame peuvent recevoir, ce qui ferme notre ame, notre esprit et nos sens à la multitude de ces impressions et aux émotions qu'elles peuvent produire, le *silence*, la *solitude*, l'*obscurité* prolongent la durée, et en même temps augmentent la force des affections de l'ame, parce qu'alors ces affections sont livrées à tout ce que l'attention, la réflexion et la méditation peuvent leur ajouter de persévérance et de profondeur.

Au contraire, tout ce qui multiplie autour de nous la variété des impressions; tout ce qui favorise leur mélange aux affections les plus fortes établies dans notre ame, et en même temps en rend la succession plus rapide, rompt la continuité et abrége la durée de nos passions et en accélère le terme. Les communications et le mouvement de la société; le spectacle diversifié de la nature éclairée d'un beau jour; les objets de notre attention multipliés par les voyages; les conversations animées et soutenues par des sujets piquans et variés, produisent cet effet quand ces moyens sont ménagés habilement, en proportion du caractère et de la situation des individus et de la nature des passions qui les affectent.

Chaque impression, outre cela, a sa manière d'agir particulière, soit sur les sens, soit sur l'esprit, et trouve par eux des routes différentes pour parvenir jusqu'à l'ame et changer sa situation.

Nous avons déjà indiqué l'influence de la musique, aidée du concours de tous les arts qui attachent la vue et l'ouïe, pour disposer l'ame à diverses émotions, et par conséquent pour effacer celles dont elle peut être obsédée : nous n'y reviendrons pas ici.

Parmi les émotions qui lui arrivent par des objets purement intellectuels, il faut spécialement distinguer les effets inattendus des contrastes, des oppositions et des *surprises*. Celles-ci surtout, soit que l'objet en soit absolument imprévu, soit qu'il soit très-différent de l'attente qu'on en a conçue, selon aussi sa nature et l'importance qu'on y attache, produisent différens genres d'émotion. Ce sera l'*étonnement*, et l'étonnement sera de l'*admiration* si l'objet paraît grand et beau au delà de notre attente; ce sera au contraire du *mépris* si l'objet est trouvé médiocre, petit et défectueux. Un autre genre de surprise produira le *rire*; mais le rire diffère selon qu'il sera excité par un objet plaisant ou par un objet ridicule. Le plaisant ou le ridicule seront, ou dans les choses, ou dans la manière de les présenter, ou dans les conséquences et les réflexions qui s'y attachent. Ainsi le sel de la plaisanterie, le trait d'une épigramme, les parallèles d'une parodie, la singularité des méprises et des équivoques, la bizarrerie des travestissemens provoquent inévitablement le rire, signe très-équivoque de la gaîté, mais qui rompt toujours la continuité des affections les plus graves. Nous n'entrerons pas ici dans l'analyse très-curieuse de ces causes, si variées dans leur nature, si relatives dans leurs effets, qui amènent ce phénomène spasmodique si singulier et physiologiquement si inexplicable.

Il nous reste à dire un mot d'un des produits les plus dignes de remarque de l'influence de l'esprit sur l'ame : c'est celui auquel nous devons un art qui a existé dans tous les siècles, et chez toutes les nations, même les moins civilisées, l'art des *représentations théâtrales*. Il constitue un des plus puissans moyens que les hommes aient inventés pour convertir en plaisir tous les genres d'affections dont l'homme est susceptible, et le transporter, pour ainsi dire, magiquement hors de sa situation habituelle.

Cet art se partage essentiellement en deux genres différens, particulièrement sous le rapport qui nous occupe, la *comédie* et la *tragédie*. L'objet de la première est de nous donner en spectacle le monde tel qu'il est autour de nous, et de nous amuser de ses caractères, de ses aventures, de ses travers et de ses ridicules, en les liant à une fable ou à une intrigue qui n'est que le canevas de la pièce, et pour ainsi dire la toile sur laquelle sont distribués ces peintures et ces portraits. Elle nous transporte ainsi au milieu des événemens, mais ne nous y appelle que comme témoins ou comme juges : c'est l'épigramme et la satire mises en action sous nos yeux. L'art consiste à y conserver tellement les caractères des acteurs, et la vraisemblance de leurs situations, de leurs manières et de leurs actions, que l'illusion soit complette. Quant à son utilité morale, si l'on

était capable de la trouver pour soi-même, nous en serions avertis par ce mot.

> ....*Mutato nomine, de te*
> *Fabula narratur*........
> Sous un nom emprunté, c'est ton portrait qu'on trace.

Elle a réussi à bannir de la société quelques ridicules.

La tragédie a pour objet de nous faire partager un moment les passions de ses héros et de nous frapper par l'importance des événemens et la grandeur des infortunes. Sa devise est *πάθος καὶ ἔλεος*, *passion et pitié*. Mais ses événemens sont si supérieurs aux fortunes ordinaires; les passions qu'elle développe sont si élevées par la nature de ces événemens; les intérêts sont si grands et si puissans, que le spectateur se trouve transporté par l'illusion dans un autre monde; en sorte que, rentré dans sa sphère, sa satisfaction est d'avoir été habilement trompé et de s'être senti ému de passions dont les élémens ne sont plus autour de lui, et qui ne peuvent plus l'atteindre.

L'un et l'autre genre ont pour effet de distraire fortement, de rompre la puissance des habitudes et des préoccupations de l'esprit et de l'ame, et de les rendre par cette forte diversion à leur liberté première.

On a créé un genre intermédiaire qui transporte les scènes de passion et de pitié au milieu des habitudes de la vie ordinaire; nos auteurs lui ont donné le nom de *drame*. On sent aisément que ce genre n'a ni l'avantage de verser dans l'esprit cette gaîté dont le mouvement fait le charme de la vraie comédie, ni celui de produire comme la tragédie un genre d'illusion dont les effets doivent cesser aussitôt que l'on s'est éloigné de la scène. Le drame qui nous a attendris et affligés nous laisse une émotion plus durable, dont les élémens peuvent encore subsister autour de nous dans nos rapports domestiques; et l'empreinte des passions qu'il nous a communiquées sera plus difficile à effacer, si nous nous trouvons naturellement placés au milieu de quelques-unes des circonstances qui les ont fait naître sous nos yeux.

Ce que nous disons ici est si vrai, que la tragédie même, si elle est représentée devant des esprits exaltés et des ames romanesques, y laisse une impression d'autant plus profonde que leurs idées et leurs affections sont plus de niveau avec les passions tragiques. Nous avons vu une personne, guérie depuis plusieurs mois d'une manie violente, être reprise des mêmes fureurs au sortir d'une représentation de tragédie: dès le soir elle s'animait des mêmes transports auxquels les acteurs lui avaient paru livrés, et il fallut beaucoup de sang-froid et d'adresse pour lui ôter des armes meurtrières, dont elle menaçait de faire un funeste usage sur les personnes qui lui étaient les plus chères.

La connaissance de ces effets nous paraît donc bien nécessaire pour déterminer, selon les circonstances et selon les indications, les avantages et les inconvéniens de ces différens genres de spectacles; pour présager leurs effets, et savoir dans quelles circonstances peut avoir lieu, sous le rapport de l'hygiène, leur véritable utilité. Cette utilité consiste à distraire efficacement et agréablement, en substituant des intérêts, des émotions, et même des passions artificielles, mais passagères et innocentes, aux préoccupations et aux fatigues d'esprit, aux affections de l'ame, et même aux passions les plus difficiles à vaincre, pour en rompre la persévérance, en affaiblir la puissance, et même en effacer la trace et le souvenir.

4°. *De l'ennui.* Il nous a paru impossible de placer le tourment de l'ennui au nombre des émotions, et par conséquent des passions dont nous avons parlé jusqu'ici, puisqu'il caractérise plutôt le vide de l'ame qu'il n'exprime aucune des affections qui la remplissent et qui l'occupent. Cependant l'ennui est un des tourmens les plus pénibles à supporter; il amène des désordres considérables, et, sous ce rapport, il se rattache aux passions sans porter le caractère d'aucune.

Les causes de l'ennui sont extrêmement variées, et c'est de leur analyse que peuvent résulter et le moyen d'apprécier la nature de cette déplorable affection, et ceux d'y remédier selon la source d'où elle dérive.

Il nous paraît qu'on peut définir l'ennui : *Cet état pénible où l'ame est mise par le défaut d'occupation de nos facultés, réuni au sentiment que nous avons du besoin de les exercer.*

Il n'est pas de faculté développée qui ne fasse éprouver le sentiment d'un *besoin.* Quoique de chacune naisse un besoin qui lui répond particulièrement, on observe cependant que l'occupation forte de l'une d'entre elles fait, sinon entièrement, du moins en grande partie, cesser le sentiment du besoin qui appartient aux autres; ce qui semble indiquer qu'il y a quelque chose de général et de commun dans ce sentiment du besoin, indépendamment des facultés et des objets qui le font naître. Cependant ce que nous venons de dire est surtout vrai des besoins qui sont relatifs aux actions volontaires exercées par les forces musculaires, aux sens extérieurs, aux facultés de l'esprit, aux affections de l'ame, c'est-à-dire à tout ce qu'on appelle fonctions de relation. Le même principe est beaucoup moins applicable aux besoins qui naissent des fonctions destinées à la conservation de l'existence ou à la propagation de l'espèce. Cependant le sentiment même de ces derniers besoins semble quelquefois suspendu, quoiqu'il ne soit jamais anéanti par les fortes occupations, c'est-à-dire par celles qui nous attachent par un intérêt très-puissant d'affection ou de curiosité.

Le sentiment du besoin peut être considéré dans ses rap-

ports, soit avec les facultés mêmes du développement desquelles il dérive, soit avec les objets qui sont propres à le satisfaire.

Sous l'un et l'autre rapport, ce sentiment peut être, ou général, indistinct et confus, ou spécial, distinct et déterminé, c'est-à-dire accompagné de la connaissance, soit de la faculté à laquelle il correspond, soit de l'objet vers lequel cette faculté est appelée.

Les exemples feront mieux sentir la nécessité de ces distinctions, et leur utilité sous le rapport de la médecine morale; ils feront aussi connaître toutes les sources auxquelles on peut rapporter les tourmens de l'*ennui*.

Nous éprouvons un besoin d'exercer nos membres, de donner des mouvemens à notre corps, quand nos forces sont entières ou renouvelées par le sommeil après avoir été réparées par la nourriture. L'inaction est pénible, elle pèse à l'homme, et lui est d'autant plus insupportable qu'il a plus d'activité. On voit cela dès le premier âge, et dans la peine que fait aux enfans vifs et bien portans la contrainte forcée de la tranquillité et du repos. L'*ennui* les prend, si on les retient trop, et cet ennui est par lui-même préjudiciable à leur santé et à leur force; il l'est également à l'homme habitué au travail.

Les sens ont besoin de se fixer sur des objets qui les frappent. Ceux de tous dont l'inoccupation est la plus importune sont la vue et l'ouïe. Le silence et l'obscurité ou amènent le sommeil, ou, si le sommeil ne vient pas, et si l'esprit ne se suffit pas à lui-même, un ennui intolérable en est le résultat. La longueur apparente d'un temps qui se passe sans occupation se conçoit, quand on songe combien, au contraire, passent rapidement les instans remplis par un intérêt vif, par une multiplicité d'objets dignes d'attention, et par les détails d'un travail qui plaît et dont le résultat est ardemment poursuivi. L'occupation du sens du tact remplace, pour les sourds et les aveugles, les sens de la vue et de l'ouïe. Les rapports du goût et de l'odorat lient davantage ces sens avec les fonctions intérieures, et ne présentent point le même genre d'intérêt ni les mêmes causes d'ennui que les autres fonctions de relation.

Ce que nous venons de dire du besoin d'attacher nos sens à quelque objet, se doit entendre aussi du besoin d'arrêter notre esprit sur quelque idée. Les idées étant souvent le résultat immédiat des impressions reçues par les sens, et ayant d'autant plus de force qu'elles sont soutenues par la présence des objets qui les ont fait naître, on sent quelle liaison existe entre l'inaction de l'esprit et l'inoccupation des sens. Cependant, quand l'esprit s'est habitué à penser, c'est-à-dire à rappeler les idées qu'il a conçues, à opérer sur des êtres abstraits, en un mot, à réfléchir et à méditer en l'absence des objets sensibles,

il peut pendant plus ou moins de temps, selon l'étendue de ses facultés, remplacer ainsi les autres occupations, faire taire même les autres besoins et bannir l'ennui en se suffisant à lui-même; mais s'il manque d'objets intellectuels comme d'objets sensibles, ou d'intérêt à ces objets, l'ennui le gagne, et le tourment qu'il en éprouve fatigue l'existence.

L'ame a besoin aussi d'être soutenue par quelque affection qui l'attache; c'est d'elle que part l'intérêt qui se répand sur les occupations de l'esprit, sur nos relations sociales, sur les objets qui arrêteut nos sens, sur le but et la fin des actions que nous exécutons. Outre cela, la plupart des hommes ont besoin d'aimer (loin de nous la supposition qu'il y en ait qui aient besoin de haïr) ou du moins de porter leur affection hors d'eux-mêmes sur quelque objet ou quelque être qui remplisse leur ame au moins pour un temps. C'est ici que l'on apprécie la profondeur de ce mot de la Genèse : *Il n'est pas bon que l'homme soit seul* (c. II, v. 18). Si nul objet, si nulle relation n'est propre à satisfaire en lui ce besoin de s'attacher, l'homme, au milieu même de la société, se trouve comme dans une solitude; ses occupations perdent pour lui toute leur valeur; l'indifférence rend la nature inanimée, amène le dégoût, anéantit l'activité ou la force d'agir; et l'occupation, qui n'est plus alors qu'un mécanisme monté, n'est plus un préservatif de l'ennui. C'est en effet l'ennui ou le sommeil qui vient alors surprendre l'homme au milieu du travail, qui en corrompt les résultats et en détruit la satisfaction.

L'ennui suppose donc des facultés qui ne sont point occupées et qui ont besoin de l'être. Ses causes sont par conséquent aussi variées que peuvent l'être les facultés qui manquent d'objets; mais elles peuvent, outre cela, être aussi multipliées que les manières dont les objets manquent aux facultés.

Une première source d'ennui est le défaut absolu d'objet.

Une seconde est l'insuffisance ou l'inconvenance des objets présens, et le défaut d'intérêt que nous y prenons.

Une troisième est due à ce que l'intérêt que nous portons à des objets absens, mais présens à notre souvenir, détruit tout celui que nous pourrions prendre à ceux qui nous sont présentés; leur présence même nous importune et nous fatigue en nous distrayant de l'objet de notre prédilection, soit que nous soyons attachés à sa pensée par le regret, le désir, l'espérance, l'attente impatiente, l'inquiétude incertaine de l'obtenir ou d'en jouir. L'esprit éprouve alors doublement le vide de l'ennui, et par la privation de l'objet qui l'intéresse, et par l'impuissance de le remplacer par aucun autre : tout ce qui lui est alors présenté devient un objet de dégoût et d'éloignement. Ce genre d'ennui s'observe dans la langueur amoureuse, dans

le retard d'un bouheur impatiemment attendu, dans l'ambitieux disgracié, déchu de ses honneurs et de ses espérances, et condamné à la vie privée, etc. La mélancolie et la consomption nerveuse sont le résultat de ce tourment prolongé.

Une quatrième source d'ennui est le passage d'une forte occupation ou du corps, ou des sens, ou de l'esprit, ou de l'ame, au vide de tout intérêt, de toute occupation, de toute action, ou à une différence dans ces conditions de la vie, telle qu'elle équivaut à un vide. L'homme qui passe du tumulte des affaires à cette triste tranquillité pour laquelle il ne s'est préparé ni occupation ni jouissance, et dans laquelle il ne s'est promis que le repos, se trouve dans cette situation. C'est une situation semblable qui cause aussi la peine de ceux qui passent de l'habitude des plaisirs et du mouvement des grandes sociétés à l'isolement de la solitude : car ceux mêmes qui s'en retirent volontairement avec le désir du repos et le sentiment de la lassitude, ne sont pas pour cela affranchis de l'ennui, s'ils ne se sont pas ménagé d'autres intérêts et d'autres jouissances, ou si ce n'est pas une grande et puissante affection qui les arrache à cette activité qui leur est devenue importune. C'est là, en effet, ce qui soutient seul ces ames brûlantes, qu'une ardeur religieuse a fait quelquefois passer rapidement, du milieu du monde le plus agité, dans le silence et l'uniformité du cloître.

Ceci nous conduit à connaître une cinquième source d'ennui; c'est celle qui atteint ceux qui, enlevés à des habitudes anciennes, prises dans une vie simple, frugale, tranquille, rustique, au milieu des foyers paternels, se trouvent transportés au milieu des cités, de leur luxe, de leur mouvement, de leur tumulte, de leur agitation, dont ils sont étonnés, intimidés et étourdis, sans pouvoir en être occupés; c'est là que les attend la *nostalgie*; c'est ce qui arrive aux paysans appelés dans les villes, tels que les nourrices de village, placées au milieu d'un luxe et de coutumes qui leur sont étrangères. L'ennui les prend, leur lait se tarit, leurs fonctions se dérangent, et elles dépérissent. Le même effet a lieu pour les montagnards, habitués à des sites sauvages et à une vie grossière, lorsque l'espoir du gain et un travail rude, auquel est liée leur existence, ne leur créent pas parmi nous un intérêt suffisant. Les mêmes phénomènes s'observent encore plus chez les hommes des contrées hyperboréennes, transportés dans nos climats que nous appelons heureux, et qui sont loin de l'être pour eux. Leurs habitudes simples et uniformes, la sévérité monotone du spectacle des objets qui les entourent dès l'enfance, se sont identifiés à leur nature; ils ont crû avec ces choses, ils ne peuvent s'en passer; rien autre ne leur va, ni ne les touche; ils ne comprennent et ne peuvent aimer rien

de ce qui frappe nos yeux, et compose ou varie nos jouissances et notre vie : il n'y a que le retour à leur triste patrie qui puisse rendre quelque charme à leur existence. Nous avons vu jadis des Lapons et des rennes transportés dans le séjour enchanté de Chantilly ne pouvoir s'y acclimater les uns plus que les autres. Malgré les soins les plus attentifs pour leur conserver et leurs habitudes et leur nourriture, il leur manquait leur climat, et le Lapon, doublement affecté de cette privation par ses besoins et par ses souvenirs, ne put être sauvé de la langueur qui le consumait, qu'en étant rendu à ses pénates glacés.

Les hommes habitués au mouvement et à la variété dans nos climats et dans notre genre de civilisation, sont moins exposés à l'ennui nostalgique ; peut-être aussi ne sentent-ils moins le mal d'être dépaysés, que parce qu'ils sont soutenus par l'amour de la nouveauté et l'attrait de la curiosité : c'est ce qui distingue essentiellement l'Européen des habitans des autres contrées. L'Anglais, pour sortir de chez lui, a un motif de plus que le Français et que les habitans du reste de l'Europe civilisée, c'est de fuir la mélancolie et le *tædium vitæ*, qui semble être un apanage du ciel sous lequel il vit, quelque cause que l'on donne à cette singulière infirmité qui le menace.

C'est peut-être pour l'Européen plus que pour tout autre habitant du globe qu'est sensible le genre d'ennui qu'un de nos poètes a caractérisé par ce vers si connu :

L'ennui naquit un jour de l'uniformité.

Ce genre d'ennui tient à deux genres de besoins qui semblent attachés à la nature de l'homme lorsqu'il n'est pas fixé par de grands intérêts : l'un est le besoin de la variété ou le besoin de changer, l'autre est le besoin de désirer.

Une des facultés les plus heureuses et les plus fécondes de notre espèce est de passer avec facilité d'un objet à un autre, de trouver dans ce changement l'équivalent du repos, et d'y puiser de nouvelles forces. Πόνου ἀλλοιώσις εἶδος ἐστιν ἀναπαυσέως. *Le changement d'occupation est une sorte de repos.* Dire que c'est une faculté, c'est dire aussi que c'est un besoin, c'est dire également qu'un genre d'ennui est attaché à l'impossibilité de le satisfaire.

A quelques genres d'occupation qu'on fasse l'application de ce principe, on en reconnaîtra la vérité. La monotonie des sons éteint le sentiment agréable de l'harmonie, et impatiente l'oreille. Le retour uniforme des mêmes modulations trop souvent et trop régulièrement renouvelées, ôte à la mélodie son charme et ses agrémens. Quand, par la périodicité de leurs

mouvemens, par la similitude de leurs formes, par l'unité de leurs couleurs, les objets cessent d'attacher la vue, les yeux qui ne rencontrent rien de nouveau se ferment. Quand une prosodie sans variété, une action toujours la même, associées au discours ou à la poésie, ôtent à l'une et à l'autre leur puissance sur l'ame, le défaut d'intérêt amène l'ennui, dont le sommeil seul vient affranchir les esprits qui ne savent où se prendre, parce que rien ne les fixe ni ne les saisit. L'homme a donc besoin de variété pour soutenir son attention; c'est-à-dire qu'il faut ou qu'il change ou qu'il voie changer les choses autour de lui.

Le besoin de désirer pourrait être regardé comme une modification du besoin de changer; la jouissance qui a comblé un désir en laisse bientôt renaître un autre : en effet, jouir et posséder ne sont pas une même chose. Jouir suppose le sentiment encore subsistant du désir qu'on a formé, et la satisfaction d'avoir rempli ce désir. La trace du désir effacée, la jouissance n'existe plus, la possession reste seule et le bonheur est loin de là. Craindre de perdre est même alors un avantage : car de cette crainte naît la satisfaction de conserver, et c'est encore une jouissance; mais celui qui n'a plus de désir à former n'a plus de bonheur à attendre. Alors arrive le plus terrible peut-être des ennuis, *l'ennui de la satiété*, auquel se joint encore une privation de plus, celle de ne pouvoir se plaindre à personne, parce que le vulgaire confond la possession avec le bonheur, et qu'il met faussement au rang des hommes heureux celui qui n'a plus de désirs à former : c'est alors que s'établit proprement le dégoût de la vie (*tædium vitæ*) qui, lorsqu'il a cette origine, est le plus irremédiable de tous.

Il n'en est qu'un qui lui soit comparable, c'est celui qui empoisonne une vie inoccupée par habitude, et à laquelle un autre genre de satiété a enlevé la triste ressource des plaisirs, dont le cercle épuisé et le goût éteint par l'âge ne laissent de place qu'à l'inévitable ennui, que ne peuvent même suspendre alors les honteux excès de la débauche.

Il nous reste à dire un mot d'une autre espèce ou d'ennui, ou plutôt d'inquiétude : c'est celle que fait naître le sentiment indistinct d'un besoin, dont ceux qui l'éprouvent n'ont pas eux-mêmes le secret, parce qu'ils ne le rapportent à aucune faculté, n'en connaissant ni les organes, ni les usages, et à aucun objet, parce qu'aucun n'a pu encore leur inspirer ni un attrait direct ni une volonté déterminée. On sent que nous voulons parler de cette époque de l'âge où, l'innocence d'une éducation sage ayant exclu de l'esprit toute connaissance capable d'altérer la pureté des mœurs, la nature a commencé cependant à donner aux organes qu'elle développe une activité, source de nouveaux besoins et de nouveaux désirs. Il

n'est personne à qui cette observation ne rappelle ou les vers d'un de nos plus grands poètes, et la musique qu'ils ont inspirée, ou le tableau ingénieux d'un de nos plus habiles peintres. Cette inquiétude peut avoir deux effets également redoutables, celui de porter les jeunes gens à des actions isolées, dont le résultat réitéré est suivi de conséquences déplorables, ou celui de produire une langueur et une tristesse sans motif, qui leur offre partout un ennui inexplicable, dont la suite est le dépérissement, la pâleur et la consomption, par laquelle cette maladie se distingue essentiellement de la chlorose. Le remède à l'une et à l'autre de ces conséquences est dans une vie occupée et active, qui emploie à la fois les forces de l'esprit et celles du corps, qui les dirige au dehors vers des objets capables d'en varier les directions et d'en multiplier les intérêts, et qui à la fois affaiblisse l'empire des nouvelles sensations par des distractions puissantes, et en combatte également les conséquences par le plus efficace des remèdes, le travail.

Otia si tollas, periêre Cupidinis arcus.

Nous nous trouvons ici encore une fois obligés d'interrompre notre article.

Pour compléter la connaissance de ce qui est relatif à la nature des affections de l'ame, il nous restait, selon notre plan, à parler des *signes sensibles par lesquels elles se manifestent et se font reconnaître au dehors.*

Ensuite, pour terminer ce qui devait composer l'article *matière de l'hygiène*, nous nous proposions, en rapprochant nos considérations sur les sensations, sur les facultés intellectuelles et sur les affections de l'ame, d'examiner tous ces objets ensemble sous le rapport de leur disponibilité, sous celui de leurs effets sur nos fonctions et nos organes, et de leurs conséquences relativement à l'hygiène et à la pathologie, enfin dans leurs relations avec l'ordre général de la société et l'hygiène publique.

Encore que tout cela, depuis bien des années, ait été pour nous la matière d'un enseignement public, nous avons trouvé de nouvelles difficultés dans la nécessité de réunir tant d'objets en les renfermant dans un cadre très-étroit, avec la méthode, la clarté et la précision nécessaires à un article sommaire, en nous interdisant des développemens qui lui eussent donné une étendue beaucoup trop considérable, mais qui en eussent rendu l'exécution et la rédaction bien plus faciles. Ces difficultés ont considérablement prolongé notre travail, et le temps nécessaire à sa terminaison ne s'est pas trouvé en proportion avec celui que réclamait l'exécution de l'entreprise à laquelle nous l'avons consacré.

Nous en renvoyons la continuation à un autre article so-

le mot *signes des affections de l'ame;* mais, pour ceux qui pourraient attacher quelque intérêt à ne pas perdre le fil et la connexion des idées, souvent très-abstraites, que nous avons cru devoir réunir en traitant ce sujet important, nous en présenterons un tableau synoptique à la tête de l'article auquel nous renvoyons le lecteur. (HALLÉ et THILLAYE)

PERCEPTION, s. f., *perceptio*, du mot latin *percipere*, concevoir : c'est ainsi que l'on appelle cet acte au moyen duquel le cerveau ressent d'une manière plus ou moins forte les impressions que les corps extérieurs déterminent sur les organes des sens, et qui lui sont transmises par les nerfs. C'est même uniquement cette succession d'impressions reçues à l'extérieur, et ressenties par le centre commun qui constitue la sensation, laquelle bien certainement n'existerait pas sans cette dernière circonstance qui nous en donne la conscience intime; enfin c'est elle qui nous donne des objets qui nous entourent une idée plus ou moins exacte, suivant son degré de justesse et de vivacité. La perception n'est pas positivement l'intelligence, elle n'en est que la base, l'élément : c'est le premier acte de l'entendement, tous les autres en découlent comme de leur unique source, ils ne sauraient avoir lieu sans elle; il est donc bien nécessaire d'avoir, à cet égard, des idées précises autant du moins que cela est possible dans les sujets de la métaphysique, si l'on veut ne pas trop s'égarer dans l'étude si obscure de nos facultés intellectuelles.

La perception est une faculté précieuse accordée à tous les êtres animés, et qui établit entre cette classe et celle des végétaux une distance immense; c'est en effet la véritable ligne de démarcation. Le caractère de l'animalité finit, et celui de la plante commence là où la faculté de sentir, et par conséquent, celle de percevoir sont totalement anéanties; mais qui pourrait la découvrir cette ligne vraiment imperceptible d'après la marche constante de la nature, qui, dans la création des innombrables variétés d'espèces dont elle s'occupe, ne connaît point ces transitions subites, ces passages brusques, ces caractères tranchés qui distinguent les ouvrages de l'art? C'est par des degrés insensibles qu'elle descend l'échelle animale, et l'on sentira la vérité de cette observation en établissant une comparaison entre les derniers êtres, ceux qui tiennent aux chaînons les plus reculés, et les premiers végétaux, ceux qui, par quelques propriétés qui leur sont particulières, semblent jouir d'une organisation plus parfaite que les autres plantes. On ne peut ici s'empêcher d'hésiter sur la place que l'on doit assigner à chacun de ces corps, tant est grande leur similitude, tant est peu sensible le point qui les sépare, que l'on serait tenté de refuser aux premiers toute faculté perceptive, ou bien

d'en admettre un certain degré dans ces êtres placés au premier rang de la vie végétale.

Pour avancer avec ordre dans l'examen des perceptions, c'est d'abord dans l'homme qu'il faut les étudier : lorsque nous aurons déterminé d'une manière bien précise quelles sont ici, et leur nature et leur cause, il nous sera facile d'apprécier alors ce qu'elles peuvent être dans les animaux, et de donner la raison de leur absence complette dans les végétaux.

Tous les animaux ont la faculté de percevoir, de se rendre raison, jusqu'à un certain point, de leurs sensations ; mais combien à cet égard ils sont audessous de l'homme, c'est à la multitude, c'est à la justesse de ses perceptions que ce dernier doit sa supériorité, et cet avantage immense appartient tout entier à la perfection de son organisation.

On peut établir deux ordres de perceptions : 1°. perceptions des sensations intérieures ; 2°. perceptions des sensations extérieures. Ces dernières sont celles dont je traiterai spécialement, parce qu'elles sont infiniment plus multipliées, parce qu'elles sont la base de notre entendement, qu'elles jouent le plus grand rôle dans nos rapports sociaux, et en déterminent l'étendue. Les premières, au contraire, se renferment dans un cercle extrêmement étroit, elles sont non-seulement très-bornées, mais très-obscures, et ne m'occuperont qu'un instant. Cabanis avait déjà reconnu que nos idées nous viennent de deux sources différentes, les sens extérieurs, et les organes intérieurs. Ces sensations intérieures, résultat des fonctions qui s'exercent en nous, ont été prises pour l'instinct et regardées comme la cause de ces déterminations, sans doute irréfléchies, qui portent les nouveau-nés à s'emparer de ce qui leur est bon, et à rejeter ce qui leur est nuisible, d'où il résulterait, d'après ce philosophe, que, des deux sources de sensations, l'une intérieure est le principe de l'instinct, tandis que l'autre extérieure est le principe du raisonnement ; mais quelque spécieuse que soit cette distinction, on ne peut s'empêcher de convenir qu'il règne encore la plus grande obscurité sur ce que l'on appelle l'instinct, et que l'on n'a même pas bien établi en quoi il diffère du raisonnement, et quelle est, entre ces deux parties de l'entendement, la ligne précise de démarcation.

Nous n'avons aucune connaissance de ce qui se passe dans nous, la nature a couvert d'un voile épais la plupart des phénomènes qui constituent notre vie intérieure. Le sentiment de ce qui lui est propre ou nuisible appartient à chaque organe, sans que le cerveau y ait aucune part : on ne saurait mieux désigner ce sentiment que sous le nom de sensibilité organique. La nature n'a pas voulu que l'homme eût le secret de son existence, pour son intérêt même, car telle est l'influence des passions qui l'agitent qu'il eût été exposé à chaque instant

à en déranger les ressorts. C'est ainsi que les choses se passent tant qu'il est en santé, que chaque fonction s'exécute librement ; mais dès l'instant que le cours naturel en est interverti, la sensibilité s'exalte, prend une nouvelle direction, et fait sur l'organe cérébral une impression plus ou moins durable ; elle est perçue ; c'est ce qui constitue la douleur que l'on ne connaîtrait pas, dont on n'aurait même aucune idée sans cette perception. Par exemple, dans l'état naturel, la circulation du sang se fait dans nous sans que nous en ayons la conscience, ce fluide parcourt toutes les parties de notre corps sans que nous nous en apercevions en aucune manière ; mais qu'un obstacle, qu'une cause quelconque viennent entraver sa marche, nous en sommes bientôt avertis par l'état de souffrance que cette circonstance détermine, c'est la nature qui se soulève contre le principe du mal, elle ne semble produire la douleur que pour avertir le cerveau de l'état de l'économie, lui demander un secours dont elle n'avait pas eu besoin jusqu'alors, et le forcer de concourir avec elle à l'expulsion de la cause de son malaise. C'est donc avec une grande justesse que l'on a comparé la douleur à une sentinelle vigilante toujours éveillée sur les besoins de notre économie, et toujours prête à transmettre au cerveau les impressions dont la connaissance est indispensable à notre conservation. La douleur n'est donc autre chose qu'une perception précieuse dont l'absence exposerait l'homme aux plus grands dangers, parce qu'elle est l'unique moyen que nous ayons de connaître la manière d'être de nos organes, de nous assurer de leur état de santé ou de maladie. Malheureusement cette perception est rarement assez précise pour nous donner une idée juste du siége et de la cause de notre souffrance, elle ne nous donne le plus ordinairement que des notions générales ; et si, dans bien des cas, elle est pour le médecin, le guide le plus sûr, bien souvent aussi elle est un guide infidèle, ou du moins incertain ; sans cette circonstance, elle eût été à coup sûr le plus beau présent que Dieu eût pu donner à l'homme, puisqu'elle eût été pour lui un moyen presque assuré de réparer les désordres auxquels tout son être est exposé, en lui en donnant la connaissance positive.

C'est pourtant en donnant à la perception de nos impressions intérieures une activité, une puissance surnaturelles, que quelques jongleurs ont essayé de persuader qu'il était en leur pouvoir de dissiper les ténèbres épaisses dont la nature enveloppe ses opérations les plus secrètes, et de lire dans le livre sacré qu'elle dérobe aux faibles regards des hommes. Voilà ce que prétendent quelques magnétiseurs qui ne viseraient à rien moins qu'à faire croire à la possibilité de connaître ce qui se passe dans nos parties les plus cachées, de découvrir le siége et la cause de nos maux, et d'en indiquer les vrais remèdes avec le seul se-

cours de leurs bizarres opérations. De semblables rêveries ont eu des partisans, et les témoignages ainsi que les exemples n'ont pas manqué pour appuyer des folies de cette nature. On ne sait ici ce que l'on doit le plus admirer, ou de la bonne foi et de la simplicité crédule de ces individus, ou du charlatanisme de ces sectateurs de Mesmer. Non, jamais, l'homme ne jouira d'un semblable privilége, il le rapprocherait trop de la divinité, et le ferait sortir des limites qui ont été tracées à la faible humanité.

Nous arrivons à cette classe des perceptions, les plus nombreuses, les plus étendues, les plus capables d'être appréciées, celles qui s'exercent sur les objets qui nous entourent, et qui ont pour principe les diverses impressions que ces mêmes corps font sur nos parties. Toutes vont se rendre à un centre commun, dont l'existence était indispensable à l'exercice de cette faculté, sans lui toutes les impressions seraient perdues pour nous ou du moins présenteraient une telle discordance qu'elles ne pourraient nous être d'aucune utilité. Il fallait donc qu'un organe central pût les recevoir, les diriger, en un mot, leur donner de l'ensemble, les employer dans l'intérêt de notre bien-être et de notre conservation. Cet organe est le cerveau ou une partie du cerveau, *sensorium commune;* voilà ce qu'il y a de certain; mais quelle est cette partie du cerveau, c'est ce que probablement l'on ne saura jamais, car quel est l'homme qui pourra porter dans cette obscurité le flambeau de la vérité? Pourtant on a de la peine à se résoudre à croire que cette faculté appartienne en totalité à une seule portion du cerveau; elle s'exerce sur des objets d'une nature si différente, qu'il est bien plus raisonnable de penser que plusieurs parties de cet organe y concourent, et que chacune de ces parties est susceptible d'être impressionnée par telle ou telle impression; mais quelles sont ces parties nouvelles? question qu'il ne sera pas facile de résoudre, malgré les belles observations de M. le docteur Gall.

Il résulte de ce que je viens de dire que c'est au cerveau que vont se graver les innombrables impressions qui nous assiégent, et pour me servir des expressions d'un physiologiste moderne, c'est cet organe qui est le siége de toute sensation. Celles que produisent la lumière, le bruit, les odeurs, les saveurs, etc., n'existent pas dans les organes qui en reçoivent l'impression. C'est le centre sensitif qui voit les couleurs, entend les sons, flaire les odeurs, goûte les saveurs. Ce n'est pas, dit M. Richerand, d'accord avec tous les physiologistes, l'impression produite sur un organe quelconque par l'action d'un corps extérieur qui constitue la sensation; il faut, pour la compléter, que cette impression soit transmise par le nerf au cerveau, qu'elle soit perçue, c'est-à-dire, ressentie par cet organe. La

sensation devient alors perception, et cette modification suppose, comme on le voit, l'existence d'un organe central auquel les impressions produites sur les sens se rapportent. Les fibres cérébrales sont ébranlées avec plus ou moins de force par les sensations que renvoient tous les organes des sens frappés à la fois, et nous ne pourrions acquérir sur tous les corps qui les produisent que des notions confuses, si une perception plus forte ne faisait taire en quelque sorte celles qui l'accompagnent, et ne fixait l'attention. Dans ce recueillement de l'ame, sur le même objet, le cerveau est faiblement ébranlé par plusieurs sensations qui ne laissent aucune trace. Voilà pourquoi nous ne conservons jamais des objets qui nous ont occupés que les sensations ou perceptions fortes. Cabanis avait pensé la même chose, et il l'avait exprimé avec sa force accoutumée. Le cerveau, dit ce médecin, agit sur les impressions que les nerfs lui transmettent, comme l'estomac sur les alimens que l'œsophage y verse, il les digère à sa manière : ébranlé par le mouvement qui lui est communiqué, il réagit, et de cette réaction naît la sensation perceptive ou de la perception. Dès ce moment, l'impression devient une idée; elle entre comme élément dans la pensée, et peut se prêter aux diverses combinaisons que les phénomènes de l'entendement exigent.

De la perception considérée dans ses rapports avec la sensibilité, et de la manière d'être de celle-ci relativement aux divers tempéramens. En considérant les phénomènes de la sensibilité, on étudie en même temps les différentes manières dont les hommes sont affectés par les impressions extérieures. Telle sensation, par exemple, excite au plus haut degré cet individu, n'a pas la moindre influence sur celui-ci, et n'excite que médiocrement celui-là. L'un est extrêmement sensible; l'autre, très-peu, et le dernier, dans une mesure moyenne.

Sous le rapport de la force du degré des impressions, que de différences dans les tempéramens ! La durée d'une sensation est une condition essentielle de son intensité. Une remarque des plus justes, c'est que la sensibilité variant à l'infini, suivant les divers tempéramens, il est évident que la faculté perceptive se trouve liée d'une manière directe avec ces derniers, et qu'elle doit donner lieu à des résultats bien différens dans les divers individus, en raison de la variété qu'ils apportent dans la manière de sentir.

M. Hallé distingue, dans la sensibilité, trois manières d'être bien tranchées : 1°. le degré de la susceptibilité, ou l'énergie des impressions dont elle est l'intermède; 2°. la faculté, en vertu de laquelle les impressions peuvent se succéder plus ou moins promptement et facilement sans se détruire ou se confondre; 3°. la faculté qui rend les impressions plus ou moins durables.

Nous recevons les impressions par l'intermède des sens : une impression n'en serait pas une si elle ne faisait naître une conscience : ôtez cette conscience, plus d'impression. Il s'agit ici spécialement des considérations qui ont rapport à la sensibilité animale. En établissant la conscience d'une sensation, on admet l'existence d'une idée et toutes les conséquences qui en résultent. Ces phénomènes se succèdent, s'enchaînent avec une telle rapidité, qu'on serait tenté de croire qu'ils sont simultanés.

1°. *Degré de la susceptibilité.* On ne peut méconnaître dans les phénomènes de la susceptibilité nerveuse, les variétés :

1°. D'une susceptibilité excessive,

2°. D'une susceptibilité très-faible,

3°. D'une susceptibilité modérée.

Ce degré de la sensibilité, proprement dite des individus, est un indice assez sûr de l'étendue générale de leur susceptibilité, quoiqu'il ne soit pas sans exemple de voir, par suite des habitudes, ou de certaines relations quelquefois inexplicables, des individus remarquables par une sensibilité très-exagérée, relativement à certaines impressions très-modérées à l'égard de toutes les autres; disposition qui est la véritable source de nos penchans et de nos aptitudes.

Les bases de cette mesure sont toujours relatives : 1°. aux impressions faites par les objets extérieurs sur les organes des sens; 2°. à la nature des jugemens qui en résultent, à l'énergie des déterminations qui en sont la suite.

Celui-là est doué d'une sensibilité modérée, qui n'est affecté que dans des proportions justes, ou réputées justes, c'est-à-dire qui sont dans les limites des rapports ordinaires des individus avec les choses; dont le jugement est dans la proportion des choses entre elles, et des choses avec lui-même ; dont les volontés et les déterminations n'ont que la mesure nécessitée par un jugement convenable et une impression proportionnée à cet objet.

Un reproche léger affecte au plus haut point cet individu ; il y songe sans cesse ; c'est un poids qui le fatigue, et dont il ne peut se débarrasser. Cet autre n'y attache pas la moindre importance; il n'en est pas ému, tandis que les déterminations du premier seront quelquefois aussi brusques que violentes.

L'union d'une susceptibilité exagérée avec les constitutions caractérisées par l'excès du système lymphatique, se rencontre dans un grand nombre de femmes.

Une extrême vivacité dans les sensations, beaucoup de promptitude dans les jugemens, des déterminations précipitées, mais peu constantes ; une imagination vive, mais mobile; des volontés absolues, mais changeantes, caractérisent les femmes que l'on appelle nerveuses.

Un caractère impétueux, emporté, violent, autant de vivacité dans les impressions, de précipitation dans les jugemens, de promptitude dans les déterminations, mais plus de fermeté dans les résolutions, que dans les cas précédemment décrits, sont les résultats de l'union d'une grande susceptibilité avec une prédominance marquée du système sanguin sur le lymphatique. On sent bien facilement que ces divers résultats ne sontautre chose que l'effet de perceptions plus ou moins fortes et déterminées par des sensations plus ou moins vigoureuses.

2°. *Successibilité des impressions.* Les phénomènes de toutes nos sensations nous démontrent que l'effet sensible de toute impression portée sur nos sens, persiste dans l'organe, et survit plus ou moins longtemps à l'image, au son, enfin à la cause extérieure qui l'a produite, qu'il faut plus ou moins de temps pour qu'elle donne, et laisse lieu à de nouvelles impressions; sans quoi, les sensations deviendraient confuses et indistinctes. Ce qui est vrai de la sensation, l'est aussi de l'idée qui la suit, ne l'est pas moins de tous les produits de nos réflexions et de nos méditations, quel que soit l'organe qui en soit le siége. Ce fait, non contestable, donne l'idée de la successibilité et de la durée des impressions, et d'une mesure quelconque de l'une et de l'autre.

Sous le rapport de la successibilité, c'est-à-dire de la plus ou moins grande facilité avec laquelle peuvent se succéder les impressions dont le système nerveux est le siége, et les opérations qui en résultent, on peut distinguer une successibilité rapide, une successibilité lente et une successibilité modérée.

Une successibilité très-rapide entraîne le plus souvent des impressions peu profondes et peu durables, et une faible attention; devenue habituelle et portée à un certain excès, elle exclut absolument, par l'impossibilité d'une attention suffisante, et le rapport exact de la sensation avec son objet, la netteté dans les idées, et la justesse dans les jugemens. Elle donne à l'imagination une mobilité, aux jugemens une versatilité, aux volontés une inconstance, aux déterminations une instabilité extrême.

Tel est le caractère de l'enfance. Cet âge heureux de la vie ne connaît pas l'attention : l'enfant effleure les objets; il désire tout, et la sensation actuelle fait toujours oublier la précédente.

Si l'extrême successibilité des idées est jointe à une promptitude et à une précision proportionnées dans l'attention, elle forme une qualité aussi rare que précieuse, qui donne à l'homme le pouvoir de multiplier beaucoup les résultats de la médita-

tion et de l'étude et les productions du génie, surtout si une mémoire fidèle se joint à ces dons heureux de la nature.

Quel homme a présenté cette rare disposition d'une manière aussi marquée que Voltaire? Ce génie presque universel a tout embrassé : il n'a été supérieur ni médiocre dans aucun genre. On l'a surpassé dans la tragédie, la comédie, l'ode, la poésie épique, l'histoire; mais il s'est placé immédiatement après les premiers maîtres de l'art, dans ces diverses parties de la littérature. Son esprit flexible a vaincu toutes les difficultés, et la même main qui peignait les malheurs, les succès, l'héroïsme de Charles XII, traçait ces poésies légères dont on admire le coloris, la facilité, l'élégance; ces épîtres où la saine philosophie est ornée des charmes d'une belle versification; ces contes ingénieux qui cachent des vérités utiles sous le voile de la frivolité. Pathétique, sublime et toujours noble dans *Brutus*, *Oreste*, la *Mort de César*, Voltaire est simple, touchant dans *Zaïre* et *Tancrède*. Le style admirable de *Mérope* est bien différent de celui d'*Alzire*. Dans le poëme épique, Voltaire s'est élevé jusqu'où l'esprit français peut ateindre. Si l'on trouve des inexactitudes, un défaut de méthode, dans le *Siècle de Louis* XIV, on en loue l'élégance et la précision. Quelle tournure, quelle originalité dans ses lettres, soit à d'Alembert, soit au roi de Prusse! Quel feu, quelle énergie, quelle imagination dans ses satires et ses contes en vers! Il a été un de ces hommes que la nature place à des distances éloignées, pour reculer les limites des sciences ou des arts qu'ils embrassent : elle se repose longtemps après les avoir produits. Ce sont des lueurs qui brillent dans l'immensité des siècles, comme les astres brillent dans l'immensité des cieux.

Il est des hommes qui peuvent associer et combiner simultanément un plus ou moins grand nombre d'idées. Celui qui ne pourrait en combiner deux serait privé de tous les élémens du jugement; ses facultés intellectuelles seraient très-bornées, ou plutôt n'existeraient pas. Celui qui n'en pourrait associer que deux ou trois aurait un esprit bien moins développé que celui qui en peut grouper un plus grand nombre sans qu'elles perdent pour cela de leur netteté.

Les hommes qui n'ont aucune successibilité d'idées, qui n'en peuvent combiner aucune, sont dans l'impossibilité d'établir un jugement, une comparaison. C'est une anomalie durable des facultés intellectuelles que l'on nomme idiotisme; elle annonce une impressionnabilité presque nulle, si ce n'est pas la propriété de sentir qui manque, c'est celle de concevoir.

D'autres considérations se présentent sous le rapport des impressions. Une sensation quelconque frappe vivement cet homme; aussitôt il est profondément affecté, rien ne peut le

distraire de la préoccupation : la sensation à laquelle il est tout entier attaché, le défend de toutes les autres. Ce n'est que par des degrés insensibles qu'il peut ramener un état de calme dans ses idées.

Il ne faut point négliger une autre considération fort importante. Un homme peut être doué d'une grande attention, d'un jugement sain, de facultés intellectuelles fort étendues, mais présenter en même temps une lenteur extrême dans la succéssibilité de ses idées, deux impressions ne peuvent se succéder brusquement dans son esprit, et donner lieu à une comparaison : la réflexion est une condition indispensable de l'exercice des fonctions de son entendement. Est-il placé dans un cercle bruyant où des idées d'une nature opposée se succèdent rapidement? il est immobile, il se tait; son esprit ne peut se prêter à la variété des raisonnemens des personnes qui l'entourent, et dont il est presque toujours fort mal apprécié.

Enfin des hommes, soit par leurs dispositions naturelles, soit par des circonstances particulières, sont quelquefois sous l'empire d'une impression dominante qui fait nature avec eux par sa persévérance; ils ne voient jamais les choses que sous un rapport, la sensation qui les affecte profondément absorbe toutes les autres.

C'est sous le rapport des passions tristes que l'on voit surtout certains individus présenter cette funeste disposition; la nature n'offre plus rien de riant pour eux; les soins délicats de l'amitié leur paraissent de noires perfidies, et leur imagination, trop vivement exaltée, au défaut de malheurs réels, en crée d'imaginaires. Cette manière d'être est quelquefois produite par une suite de circonstances accidentelles; elle est quelquefois naturelle : alors elle constitue le tempérament mélancolique, et donne à toutes les perceptions une teinte sombre dont la source se trouve dans la nature des sensations.

Une des proprietés de la sensibilité est de présenter les impressions dans une mesure de durée variable. On observe deux choses dans la durée : 1°. durée prolongée par la volonté, par la faculté de rappeler les sensations en dirigeant la pensée sur elles; 2°. prolongation involontaire des impressions.

Au premier mode se rattache spécialement la mémoire : c'est une des plus belles jouissances de l'homme et à laquelle le développement des facultés intellectuelles est manifestement subordonné.

Les peuples présentent des différences marquées sous ces différens rapports. Les habitans des climats chauds sont irascibles, extrêmement irritables, portés à la vengeance et aux jouissances exclusives. Les peuples des pays froids sont plus modérés et bien moins susceptibles.

Sous le rapport de la durée des impressions, on conçoit que les

hommes diffèrent en ce que, chez les uns, les impressions s'effacent plus ou moins promptement sans laisser de traces; chez d'autres, les mêmes idées se représentent même involontairement pendant un temps plus ou moins long. L'état moyen est celui dans lequel la durée de l'impression, résultat d'une sensibilité juste, peut au contraire être interrompue par des distractions, à proportion de l'importance des objets qui les suscitent, ou même est soumise aux modifications de la volonté et du véritable intérêt de l'individu, et où chaque idée peut s'allier aux idées comparables sans s'effacer et sans se confondre.

Les affections et les déterminations prennent dans ces diverses dispositions un caractère proportionné à la persévérance de l'impression, tantôt léger et frivole, tantôt dominant et exclusif. Cette persévérance obstinée des résolutions, qui survit à toutes les variétés d'intérêt, et domine l'homme au milieu de toutes les distractions; cette inépuisable rancune qui constitue un caractère si commun parmi ceux qui habitent les climats dont la température est constamment sèche et brûlante, forme un contraste frappant avec la versatilité et l'inconséquence de quelques caractères dont les exemples sont plus fréquens dans les climats d'une température variable et inconstante.

L'énergie des impressions détermine souvent leur durée, et leur durée jointe à leur énergie, influe sur leur successibilité, soit que la cause en soit dans la grandeur de l'objet, soit qu'on la trouve dans la constitution de l'individu. C'est ce qui a fait aisément confondre ces différentes modifications de l'organe sensible, et les rapporter à la seule mesure d'une susceptibilité plus ou moins grande. Si l'on s'en tenait à cette seule considération, on serait obligé dans l'application d'y rapporter une foule de conséquences contradictoires.

Le système lymphatique, développé à l'excès, et coïncidant avec un état de faiblesse des systèmes nerveux et musculaire, forme une constitution dont l'apathie, l'indolence sont les caractères moraux. Les individus de ce tempérament sont difficiles à émouvoir, leur sensibilité est obtuse, leurs besoins sont peu étendus, et les facultés intellectuelles participent manifestement de l'état de débilité des organes, des sensations et du mouvement. Le système lymphatique ne fournit au système nerveux que des stimulans extrêmement faibles : aussi la perception est-elle lente et bornée.

On voit les mêmes différences constitutionnelles dans la chaîne des êtres organisés. La sensibilité va continuellement en diminuant dans les animaux à sang froid, et les facultés qu'elles influencent finissent enfin par se borner aux seuls actes de la nutrition; mais, au contraire, plus l'organisation devient compliquée, plus on s'avance dans la classe des animaux à sang rouge et chaud, plus

on voit la sensibilité s'exagérer, l'irritabilité se multiplier dans ses nuances, l'impressionnabilité s'étendre, et la faculté perceptive acquérir d'étendue et de force.

L'excès de développement du système nerveux peut être uni à celui du système lymphatique, il en résulte une constitution dont l'extrême irritabilité forme le principal caractère; on l'observe spécialement dans les enfans et les femmes.

On remarque deux variétés principales dans le caractère de la sensibilité propre au tempérament lymphatique; 1°. nature des excitans; 2°. nature des organes qui sont le siége des impressions, et dont l'irritabilité est en général proportionnée à l'état de mollesse. Ces deux conditions ne sont pas toujours réunies dans le système lymphatique, souvent les excitans sont extrêmement faibles, et les organes extrêmement irritables. La disposition contraire est moins fréquente.

En partant de ces considérations, on pourra distinguer deux états dans le tempérament lymphatique.

1°. *Sensibilité faible*. Le peu d'énergie des impressions donne à cette constitution le caractère de l'indolence, de l'indifférence, et les facultés intellectuelles sont peu développées.

2°. *Sensibilité vive*, qui répond à l'excitabilité plus grande des extrémités ou papilles nerveuses qui peut avoir lieu dans quelques cas dans ce système; les impressions sont vives, profondes, pénibles; mais comme la faiblesse musculaire est associée à cette exubérance du système lymphatique, les réactions sont peu énergiques, la rapidité habituelle dans la succession des impressions et des idées forme le caractère spécial des enfans, et c'est cette faculté qui détruit heureusement chez eux l'excès d'une susceptibilité excessive qui rend à cet âge les impressions si vives; et les rendrait si dangereuses si elles étaient durables. Ce caractère se présente également chez la plupart des femmes des villes. Parmi les nations de l'Europe, la française, et au milieu de cette nation, les Français méridionaux, offrent à l'observateur des caractères très-rapprochés de cette manière d'être.

Le système sanguin est en général uni à une sensibilité très-développée, quelquefois exagérée; elle est rarement faible : les déterminations sont promptes, énergiques; il y a la facilité de recevoir, de permettre la successibilité des impressions et des idées.

La mobilité nerveuse est efficace, mais variable. La durée des impressions n'est point persévérable, ou elle est forcée. Les affections sont vives, mais leur énergie est bientôt diminuée. Ce n'est pas dans le tempérament sanguin que l'on trouve en général cette constance à suivre un projet, cette profondeur dans la méditation du dessein, enfin les vues étendues, l'opi-

niâtreté dans les travaux qui, jointe aux caractères physiques, constituent le tempérament bilieux.

Celui-ci, tel que les anciens nous le représentent, est caractérisé par les signes suivans : teint brun, quelquefois un peu jaunâtre, chaleur abondante qui se porte du dedans au dehors, sensibilité extrême, impressions fortes dont les effets sont durables, déterminations énergiques, constance opiniâtre dans les projets ; amour des grandes choses ; le système musculaire est ordinairement assez développé ; les cheveux sont noirs, épais.

La sensibilité est plus profonde dans le tempérament mélancolique, et les impressions une fois perçues ont un effet durable, les sensations pénibles se concentrent sur l'épigastre.

Maintenant que nous avons donné ces développemens indispensables pour se rendre raison des innombrables variétés de la perception, nous allons poursuivre l'examen de cette précieuse faculté.

Les perceptions, n'étant autre chose que des idées, il est évident qu'elles sont la source de l'intelligence, puisque ces dernières sont la base essentielle de tout entendement, que ce sont elles qui distinguent le végétal de l'animal, et que c'est à leur force et à leur étendue que l'homme doit sa supériorité; toutes les facultés de l'ame ne se composent que de la liaison, de l'association des idées. La volonté, la réminiscence, la mémoire, l'attention, le jugement, le raisonnement, l'imagination, ne sont qu'un composé de perceptions plus ou moins fortes, que le résultat de la comparaison que l'on établit entre elles. Ainsi donc il est désormais hors de doute que la masse des facultés qui compose l'entendement humain a son principe dans la sensibilité, puisque c'est elle qui décide de la nature de nos impressions, et que c'est à elle que doivent être attribuées toutes les nuances qui distinguent les êtres vivans.

Il y a bien du temps que cette vérité est reconnue, il serait difficile de l'exprimer d'une manière plus simple et plus vraie qu'Aristote : *Nihil est in intellectu, quod non priùs fuerit in sensu.* Mais depuis ce philosophe, que d'écrits profonds sont venus la rendre de plus en plus incontestable! Toutes les opérations de l'ame, dit Condillac, ne sont que des modifications de nos sensations ; toutes les facultés de notre intelligence se renferment dans celle de sentir ; idée sublime qui a été mieux développée encore par M. Destutt-Tracy, dans ses Elémens d'idéologie. Suivant cet illustre métaphysicien, « penser n'est que sentir, et sentir est pour nous la même chose qu'exister; car les sensations nous avertissent de notre existence. Les idées ou perceptions sont, ou des sensations proprement dites, ou des souvenirs, ou des rapports que nous apercevons, ou

bien enfin le désir que nous éprouvons à l'occasion de ces rapports. La faculté de penser se subdivise donc en sensibilité proprement dite, en mémoire, en jugement et en volonté. Sentir c'est avoir la conscience d'une impression; avoir de la mémoire, c'est sentir le souvenir d'une impression éprouvée; juger, c'est sentir des rapports entre nos perceptions; enfin vouloir, c'est désirer quelque chose. Par ces quatre élémens, sensations, souvenirs, jugemens et désirs, se forment toutes les idées composées. L'attention n'est qu'un acte de la volonté; la comparaison ne peut être séparée du jugement, puisqu'on ne peut comparer deux objets sans les juger; raisonner n'est qu'une répétition de l'action de juger; réfléchir, imaginer, c'est composer des idées décomposables en sensations, en souvenirs, en jugemens et en désirs. Cette espèce d'imagination, qui n'est qu'une mémoire sûre et fidèle, ne doit pas en être distinguée. Enfin le besoin, le malaise, l'inquiétude, le désir, les passions sont des sensations ou perceptions. »

J'ai dit que le cerveau était l'unique organe sensible, et non point ceux qui sont chargés de lui transmettre les impressions. Une expérience bien simple pourra le démontrer jusqu'à l'évidence; que l'on détruise les moyens de communication des parties éloignées au centre cérébral, toute impression devient nulle, toute perception cesse; c'est ainsi que par la section de certains nerfs ou par une compression violente, on fait instantanément cesser des douleurs atroces, parce que la voie par laquelle elles arrivaient jusqu'au cerveau, n'existant plus, celui-ci ne peut les percevoir et nous en donner la conscience; enfin que le cerveau, par une cause quelconque, se trouve dans un état pathologique, malgré que les organes des sens et le système nerveux se trouvent dans une intégrité parfaite, les perceptions n'en seront pas moins altérées, même détruites, comme cela arrive à la suite des coups violens qui ont jeté le cerveau dans un désordre considérable. Mais, pour que la perception ait lieu, le cerveau, doit se trouver dans de certaines dispositions sans lesquelles il ne saurait exister. En effet, il ne suffit point qu'il y ait eu impression; il faut encore que le centre commun soit attentif, ou qu'il ne soit distrait par aucune autre cause puissante : lorsqu'un corps vulnérant, par exemple, frappe nos parties d'une manière soudaine, sans que nous ayons été à portée de le prévoir, à peine le sentons-nous, nous n'en éprouvons qu'une sensation très-supportable; c'est que l'action a été si prompte que le cerveau n'a pas eu le temps de la percevoir, et ce n'est qu'au bout d'un certain temps que la douleur se fait sentir; l'homme qui, dans la chaleur d'un combat, s'expose aux coups de son ennemi, reçoit des blessures quelquefois très-graves, sans même s'en apercevoir, parce que, tout entier à la fureur et à la vengeance, son cerveau semble avoir

oublié de veiller sur les organes qui sont sous sa dépendance; mais celui qui attend le coup qui va le frapper, et l'attend, pour ainsi dire, de sang-froid, est dans un cas bien différent; il ressent la douleur dans toute sa violence, parce que, plus son esprit à été tendu sur cet objet, plus la perception doit en être forte. Voilà pourquoi les opérations les plus légères de la chirurgie inspirent tant d'effroi aux hommes les plus courageux, et pourquoi on est quelquefois obligé de tromper les êtres pusillanimes, en leur dérobant, pour ainsi dire, la douleur. Voilà pourquoi de braves militaires toujours prêts dans les combats à affronter le feu de l'ennemi, rendus au calme de la paix, redoutent avec excès les plus petites incisions.

S'il est démontré que la perception n'est pas autre chose que le résultat de l'impression des divers corps extérieurs sur nos parties, et transmise au cerveau par le moyen des nerfs, on doit nécesssairement en conclure que cette faculté se trouve dans son exercice liée de la manière la plus étroite à la sensibilité, et tellement que c'est à son plus ou moins de vivacité que cette même faculté doit son plus ou moins d'étendue, bien plus peut-être encore qu'à la conformation de l'organe cérébral; en effet il est évident que la perception doit être d'autant plus prompte et plus vive que les impressions seront plus fortes. Si donc celles-ci sont transmises par des organes sensitifs doués d'une prédominance vitale très-marquée, ils détermineront nécessairement sur le centre commun une secousse plus forte, ils lui imprimeront d'une manière plus vigoureuse la sensation qu'ils doivent lui transmettre, et feront naître en lui un jugement plus prompt et plus sûr, en lui communiquant l'ébranlement qu'ils ont eux-mêmes éprouvé; mais si, au contraire des sens peu développés, n'apportent au cerveau que des impressions faibles et mal ressenties, il est clair que, trop faiblement excité, il ne se trouvera plus dans les dispositions nécessaires pour percevoir convenablement, quelle que soit d'ailleurs la force de son organisation.

C'est donc uniquement à la manière d'être particulière des organes sensitifs que l'on doit attribuer la différence que présente dans les divers individus la faculté perceptive. Lente chez les derniers, elle est au contraire chez les premiers d'une promptitude et d'une vivacité étonnantes, par la raison qu'elle se trouve constamment excitée par des impressions fortes, reçues par des organes doués d'une grande énergie. Du reste, ce n'est point seulement ici que l'on peut faire cette observation, elle est à peu près la même dans tout le reste de l'économie. En effet, les sensations extérieures sont au cerveau ce que les divers fluides de notre corps, le sang, par exemple, sont à tous les organes. Si celui-ci se trouve muni d'une grande ac-

tivité, qu'il stimule les parties avec beaucoup de force, il leur communiquera nécessairement une grande activité, comme on le voit chez certains individus d'un tempérament sanguin, et qui témoignent par leur agitation continuelle l'ardeur dont ils sont tourmentés; mais si le même fluide, se trouvant pour ainsi dire presque sans vie, ne porte sur les parties qu'il traverse qu'une excitation peu marquée, il n'est pas étonnant que l'économie se trouve dans un état de faiblesse par l'absence de stimulus, comme on le voit chez certains lymphatiques qui sont mous et paresseux. Eh bien! il en est absolument de même pour l'organe chargé de recevoir les impressions extérieures, son activité se trouve toujours dans un rapport constant avec la vivacité de ces mêmes impressions. Ainsi, force d'organisation du centre commun, énergie sensitive des organes extérieurs chargés de la transmission des sensations, telles sont les deux conditions essentielles pour que la perception soit étendue, juste et prompte; elles sont indispensables, et l'une ne saurait manquer sans que la faculté perceptive n'en soit considérablement altérée. Telle est la source des nuances multipliées qui distinguent et caractérisent les hommes. Il n'en est aucun peut-être chez lequel les sensations soient les mêmes, par la raison des variétés d'organisation. Voilà pourquoi la perception diffère dans presque tous sous quelques rapports, et pourquoi les jugemens présentent si souvent des différences remarquables, chacun ayant en lui une manière de sentir qui lui est particulière.

Tout ce que nous sommes, nous le sommes par les organes des sens, et par la nature de nos sensations. S'il était possible d'enlever successivement à un homme tous les organes des sens, on le réduirait à la simple existence du végétal, parce qu'il n'aurait plus aucune perception; mais si au contraire il était possible d'ajouter au nombre et à la perfection de ceux que nous possédons déjà, il est hors de doute que nous aurions en nous des idées, des sensations que nous ne connaissons pas, et que notre intelligence en acquerrait indubitablement un accroissement marqué, par l'unique raison de la multiplicité de nos perceptions, qui est aussi celle de notre immense supériorité sur les autres animaux. Condillac est, sans contredit, de tous les métaphysiciens, celui qui a étudié d'une manière plus spéciale nos organes sensitifs dans leur rapport avec le développement de l'intelligence. Il a demontré que l'entendement n'étant que le résultat des comparaisons faites entre les diverses perceptions, il fallait nécessairement pour qu'il eût lieu, qu'il existât plusieurs sens, car un seul de ces organes ne pouvant déterminer qu'un seul genre de perceptions, toute possibilité de comparaison, et par conséquent d'entendement, est détruite. C'est dans cet auteur et dans ceux

qui ont traité le même sujet qu'il faudra aller s'instruire des développemens qu'il donne à cette idée, ainsi qu'à l'importance des signes dans la formation des idées, par la facilité qu'ils donnent d'établir entre les perceptions une liaison, une association nécessaires.

C'est donc la nature qui a tout fait à cet égard; c'est à la perfection des organes sensibles dont elle l'a doué, que l'homme supérieur doit ses succès; c'est elle qui inspira Rousseau; c'était elle qui dirigeait la plume de ce philosophe immortel, lorsqu'il traçait les écrits brûlans dont le principe était dans l'énergie de ses sensations. Il en est de même pour la plupart de ces hommes de génie que la nature ne produit que de loin en loin, et qui tous sont remarquables par une vive sensibilité, par une prédominance vitale de tous les organes sensitifs, réunies à un cerveau fortement organisé.

De la justesse et de la fausseté du jugement. C'est toujours dans la nature de nos sensations, dans la manière dont les impressions sont ressenties par les organes, qu'il faut rechercher la cause de la diversité des opinions. La première source des erreurs de jugement se trouve dans la discordance qui existe entre les divers organes des sens, qui, plus ou moins parfaits, donnent lieu à des sensations tout à fait disparates, et qui n'ont entre elles aucun rapport de force, aucune proportion. Dès-lors, la comparaison que l'on établit entre de semblables perceptions, ne peut être que la base d'un faux raisonnement. Supposons, par exemple, que l'un des sens donne une idée quelconque, tandis qu'un autre en donnera une toute contraire, ou du moins beaucoup plus faible, il n'en peut résulter que des erreurs de jugement, occasionées par des perceptions pour ainsi dire contradictoires. Voilà ce qui arrive lorsque, parmi les organes doubles, tels que les yeux, les oreilles, l'un des deux jouit d'une grande supériorité sur l'autre : il s'ensuit inévitablement que le coup d'œil et l'ouïe sont également faux, parce que le cerveau, ayant reçu deux impressions différentes, ne sait quelle est la plus juste, celle à laquelle il doit s'attacher. C'est ici que se trouve la grande raison qui fait que la fonction s'exécute beaucoup mieux lorsqu'un seul organe est mis en action; que l'on voit mieux avec un œil, que l'on entend mieux avec une oreille, parce qu'alors il n'y a qu'une seule impression, une sensation unique, et le cerveau ne peut plus être embarrassé sur la justesse de la perception; mais, s'il arrivait que les deux organes fussent doués d'une même force, que chacune des impressions qu'ils sont chargés de transmettre ressemblât tellement à l'autre qu'elles se confondissent en une seule, nul doute qu'elles ne communiquassent au cerveau un ébranlement plus fort, que la sensation ne fût plus vigoureuse, et la perception plus juste et plus étendue.

C'est des individus dans lesquels cette heureuse circonstance se rencontre, que l'on dit qu'ils ont le compas dans l'œil, qu'ils ont l'oreille juste ou musicale.

Ainsi donc, s'il est certain que le jugement a son principe dans la nature de nos sensations ou perceptions, dans la force de la sensibilité, il est également vrai qu'il n'y rencontre pas toujours le principe de la justesse et de la certitude. Pour que le jugement fût parfait, il faudrait qu'il y eût entre les organes des sens et le cerveau une proportion parfaite, un rapport de force constant; de cette manière, les impressions ne dépassant nullement la puissance de l'organe qui doit les ressentir, les perceptions en acquerraient une plus grande perfection, le jugement en deviendrait plus sûr; mais il n'en est jamais ainsi: le plus souvent il y a une disproportion plus ou moins marquée, qui est la source de toutes les erreurs de raisonnement. En effet, comment se fait-il que l'on voit nombre d'individus qui, avec des moyens très-médiocres, ont un jugement très-solide, et voient les choses dans leur vrai point de vue, tandis que beaucoup d'autres, doués d'un génie bien plus élevé, donnent dans tant d'écarts et jugent si mal? C'est que, dans les moyens bornés que la nature a accordés aux premiers, il existe un rapport parfait; leur vue ne s'étend pas loin, mais en revanche elle est juste, et ces individus sont en général, dans le commerce ordinaire de la vie, les meilleurs conseillers. Dans les autres, au contraire, ces rapports n'existant pas, ils s'égarent. Cette manière d'être est le propre de beaucoup d'hommes de génie, qui se trouvent infiniment plus exposés à l'erreur que les autres, parce qu'ils sont emportés trop loin par leur sensibilité. Nous sommes donc portés à conclure de tout ceci que, si la sensibilité est la source de nos jugemens, elle a besoin d'être dirigée; il lui faut un régulateur, qui est le cerveau; mais, s'il arrive qu'elle se trouve montée sur un ton trop élevé, qu'elle dépasse les forces de cet organe, elle devient la cause d'une foule de jugemens erronés.

La plupart des physiologistes ont eu le tort réel de s'attacher d'une manière trop exclusive, dans l'étude des facultés intellectuelles, à la conformation du cerveau, sans tenir beaucoup de compte de la nature des impressions extérieures, qui sont pourtant la chose essentielle. Si l'on pouvait supposer un individu dont le cerveau, doué d'une grande force d'organisation, présenterait tous les caractères que l'on attribue à ceux des hommes de génie, mais dont les organes des sens seraient en même temps remarquables par leur faible développement, ce serait en vain qu'on en attendrait quelque chose de grand; il serait à peu près nul, et ne pourrait sortir d'un cercle extrêmement étroit tant que cette disproportion entre la force de l'organe central et celle des organes sensitifs existerait. Un être

ainsi organisé pourrait avec raison être comparé à un architecte habile, mais qui, privé de matériaux, serait hors d'état de rien entreprendre.

Des idées innées. C'est ici le cas d'examiner cette question sur laquelle on a tant écrit, et qui a compté des partisans d'un grand mérite, mais sur laquelle on est maintenant assez généralement d'accord depuis que Locke a renversé cette erreur par des raisons sans réplique. Il n'est point d'idées innées : cette vérité est démontrée pour tout homme bien convaincu que nos idées ne viennent que des sens, et que, ces derniers n'entrant en exercice qu'après la naissance, ce n'est qu'alors que les perceptions ont lieu, et que les idées se forment. Comment se persuader qu'il existe des idées toutes formées dans le cerveau? A quoi pourrait-on les reconnaître? Quelle serait leur source? C'est à quoi il serait absolument impossible de répondre, et, comme il répugne à tout esprit judicieux d'adopter des opinions qui, bien loin d'avoir en leur faveur quelques probabilités, ont contre elles toute l'évidence, je ne m'occuperai point ici de combattre une erreur bien reconnue maintenant pour telle.

Mais, s'il n'y a pas d'idées innées, il existe sans aucun doute des dispositions innées : cette observation est certaine, et l'expérience de tous les temps l'a prouvé. Nous apportons en naissant une aptitude plus ou moins marquée à telle ou telle chose; nous avons en nous-mêmes tous les élémens nécessaires pour une perception plus étendue et plus parfaite dans certains rapports, et c'est là ce qui explique la variété des penchans et des goûts particuliers qui nous entraînent vers tel genre d'occupation plutôt que vers tel autre. Nous sentons que c'est celui pour lequel la nature nous a pour ainsi dire destinés en nous donnant tous les moyens d'y réussir. Malheur à ceux qui, méconnaissant ou refusant d'entendre cette voix intérieure qui leur désigne la route qu'ils doivent parcourir pour arriver à la réputation, cherchent à l'étouffer parce qu'elle n'est point en rapport avec leurs fausses idées de grandeur et d'ambition, et s'opiniâtrent à marcher dans un sens contraire! Ceux-là ne doivent jamais espérer de grands succès, parce que ce n'est jamais impunément que l'on s'élève contre la volonté de la nature. Les hommes sages tiennent toujours compte de cette influence secrette, parce qu'elle est pour eux une source de succès, et que c'est un chemin sûr pour arriver très-haut dans l'estime et la considération des hommes :

> Soyez plutôt maçon, si c'est votre talent,
> Ouvrier estimé dans un art nécessaire,
> Qu'écrivain sans talent et poète vulgaire.

Il n'est pas possible de s'élever contre la vérité de cette espèce de destination première de la nature, qui n'est pas éga-

lement prononcée chez tous, mais qui parle chez quelques-uns avec une telle force qu'ils feraient de vains efforts pour s'y soustraire. On ne saurait faire la supposition que le but de la nature ait été de nous créer pour telle ou telle chose, mais c'est qu'elle a mis dans notre organisation une disposition plus forte à ressentir les impressions que cette chose communique; naissent des sensations ou perceptions plus vigoureuses, qui sont le principe de nos succès dans tel ou tel genre de travail. C'est à la manière d'être de son organisation que le mathématicien et le géomètre doivent la justesse, la précision de leurs calculs; c'est aux impressions fortes que font sur les peintres et les poètes les objets qui les frappent, qu'ils doivent de nous les représenter avec tant de fidélité, de leur donner une espèce de vie, et de les embellir de tout ce que peut suggérer une imagination brillante. Chacun trouve dans la nature de ses sensations, de ses perceptions, la raison des progrès qu'il fait dans l'occupation de son choix, et des jouissances qu'elle lui procure : jouissances qui, d'abord faibles, s'étendent progressivement à mesure que l'on avance davantage, parce que les sensations se multiplient, deviennent plus vives, les perceptions plus étendues, plus actives. Voilà ce qui fait que chacun s'attache à la profession qu'il a embrassée, parce qu'il a senti qu'elle se trouvait en rapport avec sa manière d'être: dès-lors, comme il la cultive avec succès, elle devient pour lui une source inépuisable de sensations agréables. C'est pour cela que, dans le nombre immense des professions auxquelles l'homme se livre dans la société, et qui laissent souvent entre elles de grandes distances, chacun préfère la sienne, et regarde toutes les autres sans envie, parce que, je le répète, il n'y a aucun rapport entre elles et l'état de son organisation. En envisageant les choses sous ce point de vue, il devient facile de se rendre raison pourquoi tels individus réussissent plus sûrement et plus promptement que d'autres : c'est que leurs organes éprouvent des impressions plus vives, le cerveau reçoit des sensations plus fortes.

Mais ce n'est pas seulement dans le plus ou moins de force des sensations que la différence consiste, il peut arriver que ces sensations soient absolument opposées. En effet, plusieurs individus peuvent, suivant la manière dont ils sont organisés, éprouver d'un même objet des impressions toutes différentes: tel trouvera dans la sensation d'un corps soumis à l'un de ses sens, la vue, l'ouïe, l'odorat, le goût, la cause d'un plaisir très-vif; tandis que, pour un autre, ce même corps sera la source d'une peine souvent insupportable. Ce singulier phénomène tient bien évidemment à l'organisation, à la variété des impressions, qui nécessitent de la part du cerveau des perceptions opposées.

L'habitude règle les perceptions, et devient pour elles une espèce d'éducation. Cette vérité, reconnue par tous les physiologistes et les métaphysiciens, a surtout été développée par Bichat. Les sensations, dit cet auteur, d'abord confuses, ne tracent que des images générales; l'œil n'a que le sentiment de la lumière, l'oreille que celui du son; rien n'est distinct dans ces affections générales des sens, mais l'habitude émousse insensiblement ces premières impressions : alors naissent les sensations particulieres; les grandes différences des couleurs, des sons, des odeurs, des saveurs, sont perçues, puisque les différences secondaires le sont aussi. Enfin, au bout d'un certain temps, l'enfant a appris par l'exercice à voir, à entendre, à goûter, à sentir, à toucher.

Il en est de l'éducation du cerveau comme de celle des sens: tous les actes dépendans de son action n'acquièrent que graduellement le degré de perfection auquel ils sont destinés. La perception, la mémoire, l'imagination, facultés que les sensations précèdent et déterminent toujours, croissent et s'étendent à mesure que des excitans nouveaux viennent à en déterminer l'exercice. Le jugement, dont elles sont la triple base, n'associe d'abord qu'irrégulièrement des notions elles-mêmes irrégulières; bientôt plus de clarté distingue ses actes, enfin ils deviennent rigoureux et précis.

L'éducation peut beaucoup pour diriger nos moyens naturels, même pour en augmenter la valeur, et ce n'est point sans raison qu'elle a été considérée, sous ce rapport, comme une seconde nature; mais elle ne change rien à l'organisation qui reste toujours la même : elle ne nous donne point les avantages que la nature nous a refusés, tous ses efforts à cet égard deviendraient impuissans. C'est dans les établissemens consacrés à l'instruction de la jeunesse que l'on peut faire cette remarque; combien ne s'en trouve-t-il pas auxquels les soins les plus minutieux sont consacrés en pure perte? C'est qu'on n'a pas su les placer dans la véritable ligne de leurs dispositions. On ne saurait pourtant avoir trop de circonspection dans le jugement que l'on porte sur les enfans dont le développement de l'intelligence est lent et tardif. On a vu nombre de ces individus jugés pour ainsi dire ineptes, et dont les facultés, longtemps engourdies, se sont enfin réveillées pour étonner tous les esprits par leur étendue et la rapidité de leur accroissement.

La perception se trouve dans un rapport constant avec la vivacité des impressions qui sont transmises au cerveau; mais comme tous les organes des sens n'ont pas une force égale, qu'il y en a toujours un plus parfaitement organisé, c'est toujours celui-là que l'on doit prendre pour guide; c'est lui qui décide de l'aptitude de l'individu à telle ou telle chose, parce que

les sensations qu'il détermine étant les plus fortes, toutes les autres sont faiblement perçues, et deviennent ponr ainsi dire nulles. Telle est aussi la direction que l'on doit donner à l'éducation, si l'on veut en retirer de grands avantages.

La force des impressions détermine les goûts. Tel individu dont l'ouïe est douée d'une sensibilité exquise, d'une grande justesse, est plongé par les accords de l'harmonie dans une espèce de ravissement; tandis que chez tel autre, qui se trouve dans des dispositions différentes, les mêmes sons ne produisent qu'une impression passagère, à laquelle il est pour ainsi dire insensible : c'est que le premier est organisé pour être musicien; les soins qu'on lui prodiguera dans ce but seront suivis d'un succès presque certain. Dans le second, au contraire, ils seraient absolument nuls par la raison contraire. Telle est l'unique règle que l'on devrait avoir dans le choix des diverses professions, partie d'autant plus essentielle de l'éducation qu'elle influe sur tout le reste de la vie.

On peut tirer, en médecine, un très-grand parti de cette disposition, pour le bien-être de quelques malades. Tous les médecins connaissent le pouvoir de la musique sur certains mélancoliques, même portés à la férocité, et que le son de quelques instrumens harmonieux calme presque instantanément: tant est vive l'impression de ces sons sur leurs organes sensibles, tant est puissante la perception qu'elle détermine, que ces malades oublient tout pour se livrer au plaisir d'écouter cette ravissante mélodie. Le cerveau est alors si fortement ébranlé, que toutes les autres sensations se taisent pour laisser celle-ci toute entière. Ce qui est vrai pour les sons, l'est aussi pour toutes les autres impressions des divers organes des sens.

L'habitude règle les perceptions, c'est ce qu'on ne peut mettre en doute : il suffit de voir ce qui se passe tous les jours pour se convaincre de cette observation. Lorsque nous assistons, pour la première fois, à un spectacle quelconque, nous n'éprouvons que des sensations extrêmement confuses, parce que le cerveau, frappé à la fois par une multitude d'impressions, ne les a perçues que faiblement, de manière à ce que, peu de temps après, il ne nous en reste absolument rien. C'est un chaos dans lequel nous n'avons rien vu; mais si nous y revenons plusieurs fois, petit à petit chaque objet se classe dans notre tête; nous isolons nos sensations, parce qu'elles se gravent plus fortement; enfin, bientôt l'habitude de voir les mêmes choses et de recevoir les mêmes impressions, nous a mis en état d'embrasser d'un coup d'œil et de juger sur-le-champ cette masse d'objets qui nous avait d'abord tant étonnés. Il en est de même lorsque, placés dans un salon rempli de tableaux, nous promenons nos regards sur le grand nombre de chefs-d'œuvre exposés à nos yeux : bientôt fatigués, par la

multitude des impressions que nous avons reçues, et des perceptions qui en ont été la conséquence, nous nous retirons sans avoir, pour ainsi dire, rien observé, et souvent avec une douleur, une pesanteur de tête qui ne se dissipent qu'à la longue; mais, au bout de quelques jours, toutes les impressions et perceptions se mettent en ordre, et nous pouvons porter des jugemens plus sûrs. Pourquoi le peintre exercé découvre-t-il dans un tableau une multitude de défauts qui nous sont cachés? Pourquoi l'oreille du musicien est-elle frappée, au milieu d'un grand nombre d'instrumens, de la plus légère discordance, lorsque nous n'y faisons pas la moindre attention? La raison en est non pas seulement dans la sensibilité de leurs organes, mais dans leur grande habitude, qui leur permet de se rendre raison sur-le-champ du grand nombre d'impressions qu'ils reçoivent en même temps.

C'est ici le cas de remarquer le peu de justesse d'un principe avancé par l'un de nos plus grands physiologistes, Bichat. Cet auteur célèbre prétend que l'habitude émousse le sentiment et perfectionne le jugement. Lorsqu'on examine cette idée avec attention, on voit qu'elle est contradictoire. On ne conçoit pas que le sentiment devienne plus obscur, tandis que le jugement devient plus parfait; car s'il était vrai que l'habitude émoussât le sentiment, le jugement y perdrait nécessairement beaucoup. N'est-il pas plus probable de penser que le jugement n'acquiert de la justesse qu'à mesure que les sensations deviennent plus fortes par l'effet même de l'habitude, et font sur le cerveau une impression beaucoup plus vive?

De l'état de la perception dans les aveugles, sourds-muets et autres individus auxquels la nature a refusé l'un ou plusieurs des sens. La justesse et l'étendue des perceptions étant en raison directe du nombre des sens, il est évident que l'homme doit avoir sur les animaux une grand supériorité, et que chez les malheureux dont l'organisation, sous ce rapport, est restée imparfaite, cette faculté doit être infiniment bornée, par la raison que les impressions qu'ils reçoivent sont infiniment moins nombreuses; la nature pourtant semblerait avoir voulu établir une espèce de compensation, en donnant aux sens qu'ils ont une finesse beaucoup plus grande. C'est une observation à peu près générale, qu'il est rare que nous soyons privés de l'un de nos sens, sans que les autres n'en acquièrent un surcroît de force. Il semble que la part de sensibilité qui devait appartenir à l'organe qui manque se soit jetée en entier sur les autres : aussi leurs impressions sont-elles bien plus vives, et leurs perceptions très-justes, mais dans les cas seulement où le concours du sens qui n'existe pas n'est pas nécessaire. Tel est le cas des sourds et muets de naissance. Ceux qui ont assisté aux exercices publics dans les établissemens consacrés à l'éducation

de ces êtres disgraciés, ont pu voir avec quelle étonnante facilité les premiers reconnaissent, à l'aide seulement du toucher, certains objets pour la connaissance desquels la vue nous semble nécessaire. Il en est de même des sourds et muets, dont les sensations sont également très-vives. Ces individus ont encore une nouvelle circonstance en leur faveur, et qui tient à leur malheur même. L'état d'isolement dans lequel ils se trouvent au milieu même de la société, fait qu'ils sont peu sujets aux distractions. Ils ne reçoivent que peu d'impressions étrangères à l'objet qui les occupe, et peuvent le méditer à leur aise; en outre le cerveau, éprouvant moins de sensations, doit par là même en éprouver de plus fortes.

La grande sensibilité de leurs sens fait qu'ils sont très-susceptibles d'éducation; avec le temps et la patience, on finit par leur donner une perfection, telle qu'ils sembleraient tenir lieu de celui qui manque. On a fait à cet égard, dans ces derniers temps, de grands progrès. On a, pour ainsi dire, rendu à la société une classe d'individus qui semblait en être séparée pour jamais. L'art a en quelque sorte renversé cette barrière élevée par la nature elle-même entre eux et les autres hommes; c'est une véritable conquête de l'esprit humain. Grâces soient rendues aux hommes de génie qui, touchés des calamités de leurs semblables, ont consacré leurs talens et leurs veilles à corriger les torts de la nature à leur égard en multipliant leurs moyens de rapports. Ce sont bien là les vrais amis de l'humanité; mais l'entendement humain n'étant autre chose que la réunion des perceptions, le résultat de la comparaison qui s'établit entre elles, doit être d'autant plus étendu que celles-ci seront plus nombreuses, parce qu'elles se rectifient les unes les autres. Il doit donc être nécessairement plus limité dans ces êtres malheureusement organisés, et qui seront toujours, quoi qu'on fasse, audessous du reste des hommes sous le rapport des facultés intellectuelles.

Variétés des perceptions suivant le sexe et l'âge. En partant de ce principe bien reconnu, que les perceptions sont toujours en rapport avec la manière d'être des impressions, on ne pourra s'empêcher de reconnaître qu'elles doivent présenter de grandes variétés dans les circonstances présentes, lesquelles variétés sont toujours sous la dépendance immédiate de l'organisation: car, quelle que soit, en apparence, la conformité d'organisation dans l'homme et la femme, le médecin et le physiologiste savent apprécier la grande différence qui, sous ce rapport, existe entre eux. Si les principaux organes de l'économie semblent présenter des caractères absolument analogues, les facultés dont ils sont doués sont bien différentes, et leur manière de sentir les impressions, quelquefois entièrement opposée. C'est dans la nature et la variété de ces sensations que se trouve

la ligne la plus sensible de démarcation entre les deux sexes; ce sont ces sensations qui établissent la manière d'être morale, comme les variétés organiques établissent la manière d'être physique de chacun.

En étudiant l'homme et la femme sous ce rapport, il est facile de se rendre raison de la variété de leurs goûts et de leurs penchans, ainsi que de leurs divers succès. Les femmes doivent à leur organisation une sensibilité exquise : leur système nerveux, extrêmement développé, les rend très-impressionnables. A cet égard, elles n'ont rien à envier à l'homme; mais cet excès même de sensibilité devient souvent nuisible à leur jugement; car ne se trouvant plus en concordance avec la force d'organisation de leur cerveau, qui est bien moindre que chez l'homme, il en résulte que la faculté perceptive de cet organe, stimulée au delà de ses forces naturelles, se trouve entraînée dans des écarts plus ou moins remarquables : aussi est-il bien reconnu que les femmes joignent en général à une grande vivacité d'imagination un manque de justesse dans le raisonnement, à moins qu'il ne s'exerce sur des objets de peu d'importance, qui ne se raisonnent pour ainsi dire pas, et dont le sentiment est tout, comme, par exemple, dans les rapports de société, ou bien ce qu'on appelle le sentiment des convenances sociales, pour lesquelles les femmes ont un tact excellent; aussi, très-propres aux ouvrages de pure imagination, elles ne réussissent point en général dans ceux qui demandent beaucoup de profondeur. On peut, sous ce rapport, les comparer aux enfans qui, comme l'observation l'a prouvé, se rapprochent des femmes dans beaucoup de points. Chez eux, les impressions ont une grande vivacité; mais elles sont peu durables, tant qu'elles ne dépassent pas la puissance perceptive de l'organe cérébral : les perceptions auxquelles elles donnent lieu sont justes; mais, hors de là, elles sont erronées. Une preuve qui vient à l'appui de cette observation, c'est que les personnes extrêmement irritables ont généralement le jugement faux, par la raison qu'elles sentent avec trop de violence; ce qui fait qu'elles voient tout à travers le prisme de l'exagération.

Ces diverses remarques sont de la plus haute importance pour l'éducation de la jeunesse. Dans cette circonstance, il faut, comme le dit Bichat, suivre la marche tracée par la nature. L'enfant et le jeune homme sont, pour ainsi dire, organisés pour les sciences qui réclament une imagination vive; ce n'est qu'à une époque plus reculée qu'elle leur accorde les moyens de réussir dans les sciences exactes et profondes. Chez l'homme, les sensations étant en général moins promptes et moins vives, et le cerveau plus fortement organisé, les perceptions sont plus exactes, et conséquemment le jugement

plus juste, aussi réussit-il dans les sciences de raisonnement. Dans les premiers, l'abondance même des matériaux nuit, parce qu'il n'y a pas de régulateur assez puissant pour les recevoir et les mettre en ordre; dans le dernier, au contraire, ils deviennent de la plus grande utilité, parce qu'ils ne dépassent pas la force de l'organe qui doit les diriger.

Enfin, chez le vieillard, les perceptions sont peu nombreuses, et diminuent de jour en jour à mesure que les organes des sens s'affaiblissent : bientôt les impressions deviennent presque nulles. La nature le dépouille progressivement des priviléges dont il a joui de si longues années. Il ne sent plus, il ne perçoit plus; mais si son cerveau conserve cependant encore une grande activité, où donc en puise-t-il les alimens ? Ce ne peut être que dans les perceptions anciennes qui se sont gravées dans cet organe, et dont il garde la mémoire. C'est donc bien avec raison que l'on a dit que le vieillard ne vivait que de souvenirs, que dans le passé, auquel il se reporte avec tant de complaisance, parce qu'il lui rappelle le temps de ses plaisirs; mais lorsqu'à la perte de la sensibilité se joint aussi celle de la mémoire; lorsque le voile de l'oubli est tombé sur les sensations anciennes, qui jusqu'alors avaient alimenté ses facultés intellectuelles, n'en éprouvant presque plus de nouvelles, il tombe dans l'imbécillité qui constitue pour lui l'état d'enfance dans lequel il reste jusqu'à la mort. Malgré le rapprochement que l'on a établi entre l'enfance du premier âge et celle du vieillard, il y a pourtant une bien grande différence; car, dans le premier, le cerveau se trouve dans une activité continuelle en raison de la multitude des impressions diverses qui assiégent les organes des sens; tandis que, dans le vieillard, cet organe se trouve dans une inertie à peu près complette par la raison contraire : il ne conserve plus de sensations et de perceptions que juste ce qu'il lui en faut pour le soutien de son existence.

Considérée dans les animaux, la faculté perceptive présente quelques remarques à faire. Elle existe ainsi que dans l'homme, il ne peut y avoir nul doute à cet égard; mais elle est infiniment plus bornée, parce que la plupart de ses organes des sens jouissent d'une dose de sensibilité bien moins grande. L'animal n'a, pour ainsi dire, de perceptions que celles qui lui sont indispensables pour la conservation de son individu. Elles se réduisent à très-peu de choses, relativement à ses rapports extérieurs. Voilà ce qui établit entre l'homme et lui une grande distance. Ainsi, deux raisons s'opposent à ce que l'animal ait des perceptions très-étendues : 1°. le peu de développement de quelques-uns de ses sens; 2°. la faiblesse d'organisation de son cerveau. Si l'on parcourt l'échelle des animaux, depuis celui qui, par ses facultés intellectuelles, se rapproche

le plus de l'homme jusqu'à celui qui, par la faiblesse de ses perceptions, tient de plus près au végétal, on verra diminuer progressivement la force sensitive et la puissance perceptive, jusqu'à ce qu'enfin l'une et l'autre soient presque entièrement eteintes comme dans les animaux plantes.

L'animal peut cependant, dans quelques cas, sentir et percevoir avec assez de force, mais son jugement n'en reste pas moins extrêmement faible; il ne peut prendre des objets qu'une idée très-imparfaite, parce que si l'un de ses sens se trouve très-développé, tous les autres ne le sont presque pas, de sorte qu'il ne peut avoir que des perceptions très-irrégulières et qui ne pourraient former la base d'un raisonnement. L'animal ne peut se livrer à aucun calcul, à aucune combinaison; il reçoit les impressions, il les perçoit, mais sans pour ainsi dire les raisonner. Du reste, tout dans l'animal se trouve dans un parfait rapport dans sa manière de sentir et de percevoir, et c'est ce qui donne à ses déterminations instinctives une grande justesse pour discerner ce qui lui est bon ou nuisible.

Les plantes qui n'ont ni cerveau ni sens ne peuvent avoir de perception, comment définir pourtant ce mouvement de certains végétaux qui se ferment ou s'épanouissent à la chute ou à l'approche du jour, ou que le contact d'un corps étranger fait resserrer sur eux-mêmes? Il y a bien là sûrement une impression ressentie, on dirait presque une perception, au moyen de laquelle ces plantes cherchent à se dérober au danger qui les menace.

La perception a-t-elle lieu pendant le sommeil? La faculté de percevoir tenant uniquement à celle de sentir, elle semblerait devoir être absolument nulle lorsque tous les organes de l'économie sont plongés dans un assoupissement profond, et la sensibilité momentanément anéantie; c'est aussi là ce qui a lieu dans le plus grand nombre des cas. La faculté perceptive participe au sommeil général, elle dort parce que rien ne vient stimuler son action; mais il n'est pourtant pas rare de la voir s'exercer encore, alors même que les impressions ne se font plus sentir: or, de quelle manière ce phénomène peut-il avoir lieu? Voici l'explication la plus exacte que l'on puisse donner à cet égard. La perception qui a lieu dans le somnambule ne s'exerce pas sur des impressions actuellement reçues, mais bien sur celles qui ont été ressenties pendant la veille, et dont la puissance sur l'organe cérébral a été telle qu'il n'a pas été possible à cet organe de se remettre encore de l'ébranlement qu'elles lui avaient communiqué. Il conserve encore l'excitation qu'il avait reçue, et c'est uniquement sur cette ancienne excitation qu'il s'exerce; ce qui le prouve, c'est qu'on n'observe jamais cette particularité que sur des individus qui ont

été pendant le jour dans une grande agitation, et que des sujets d'une haute importance avaient entièrement absorbés, ou bien encore sur ceux dont le cerveau est doué d'une grande activité. Il semble même que le cerveau prenne alors un surcroît de forces: tout entier à l'objet qui l'occupe, sans distraction aucune, il juge mieux les impressions qu'il a reçues précédemment; aussi est-il dans le cas de faire alors ce qu'il n'aurait pu faire même dans l'état de veille, en raison de la multitude des sensations différentes qui tendaient à affaiblir la principale. Que d'exemples l'on pourrait citer en preuve de ce que j'avance! mais je renvoie au mot *somnambulisme*.

Il y aurait encore une multitude de remarques à faire sur l'état des perceptions dans cette classe de maladies auxquelles on a donné le nom de lésions des facultés mentales. Toutes, depuis la simple manie jusqu'à la folie la plus complette, l'imbécillité la mieux caractérisée, comme dans le crétinisme, dépendent de l'irrégularité et de l'aberration des perceptions, lesquelles tiennent, soit à un vice d'organisation du cerveau, comme dans le dernier cas, soit à toute cause quelconque qui aura rompu l'équilibre qui doit se trouver entre les organes qui reçoivent les impressions et celui qui les perçoit, en exaltant la sensibilité des premiers outre mesure, ou bien en affaiblissant la puissance du second. Une fois ce rapport détruit, il ne peut plus y avoir justesse dans les jugemens, parce qu'ils sont basés sur les perceptions les plus disparates; la raison se perd, il y a folie. Peut-être les médecins n'ont-ils pas encore assez médité sur les causes de ces nombreuses affections; ce qui retient encore leur traitement dans l'enfance. Peut-être aussi sont-elles enveloppées d'une telle obscurité qu'il est difficile de parvenir jusqu'à elles. Quoi qu'il en soit, il est raisonnable de penser que c'est à rétablir l'équilibre, et le rapport qui doivent exister entre les parties qui sentent et celles qui perçoivent que doivent tendre tous les efforts de la médecine.

(BEYDELLET)

PERCLUS. On donne ordinairement ce nom à celui dont les membres ne peuvent se mouvoir par suite de rhumatisme, de goutte ou de toute autre maladie douloureuse et passagère.

(F. V. M.)

PERCUSSION, s. f., *percussio*, de *percutere*, frapper; action de frapper un corps avec un autre, pour estimer le son que rend le premier. On a appliqué à la connaissance de quelques maladies ce moyen physique. (F. V. M.)

PERCUSSION DE LA POITRINE, *percussio thoracis*. Nom qu'on donne à la méthode proposée par Auenbrugger pour reconnaître certaines maladies de la poitrine, et qui consiste à frapper le thorax avec la main pour apprécier les sons qu'il rend, et en déduire l'état des organes contenus.

Tous les praticiens savent combien le diagnostic des maladies de la poitrine présente de difficultés, à cause de la similitude des symptômes de la plupart d'entre elles, et de la connexion qui existe entre les organes de ses cavités. L'étude la plus suivie, l'observation la plus attentive, ne suffisent pas toujours pour arriver à la connaissance de leur nature intime. On voit très-fréquemment que les affections chroniques un peu compliquées de la poitrine ne sont pas reconnues, ou qu'on se trompe sur le nom qu'on leur impose. L'erreur n'est mise en évidence qu'à l'ouverture des cadavres : ressource qu'on n'avait même pas à une époque assez peu éloignée, où l'on ne se livrait que rarement à ce genre de recherches. Aussi attribuait-on alors presque uniquement la mort des sujets qui périssaient par suite des maladies de la poitrine, à des hydropisies des plèvres, et à des asthmes; maladies, au contraire, des plus rares dans leur état primitif, et qui ne sont le plus souvent que des symptômes d'autres lésions organiques.

Avant d'aller plus loin, j'ai besoin d'insister sur un point essentiel relatif à la percussion de la poitrine; c'est que cette méthode n'est en médecine qu'un moyen auxiliaire, qu'un secours que la science appelle à son aide pour l'exploration des maladies; que non-seulement elle ne doit jamais faire oublier l'étude des symptômes, des phénomènes morbifiques, mais que même elle doit obliger à les scruter avec plus d'attention et plus de rigueur, si on peut s'exprimer ainsi, parce que, en ajoutant les signes qu'elle fournit à ceux que présentent les symptômes, on sera à même de reconnaître avec plus de facilité les maladies qu'on a l'intention d'étudier par ce concours.

§. 1. *De la découverte de la percussion de la poitrine.* Auenbrugger, médecin allemand, proposa, vers le milieu du siècle dernier, une nouvelle méthode pour éclairer le diagnostic de quelques maladies de la poitrine; c'est celle de la percussion de cette cavité. Il publia son procédé, en 1761, à Vienne, dans un ouvrage intitulé : *Inventum novum ex percussione thoracis*, etc., qui a été traduit en français par Roziere de la Chassagne, médecin de la faculté de médecine de Montpellier, à la suite de son *Manuel des pulmoniques*, et par M. le professeur Corvisart, avec d'amples commentaires, en 1808, 1 vol. in-8°. Paris.

Le procédé d'Auenbrugger fut sans doute fort goûté en Allemagne, puisqu'on voit Stoll l'employer fréquemment, et en faire l'éloge; en France, l'ouvrage de la Chassagne ne fit pas apparemment grande sensation, car M. le docteur Corvisart avoue qu'il ne se rappelle pas avoir entendu citer le nom d'Auenbrugger pendant le cours de ses études, fort rapprochées

pour l'époque de celle où parut la première traduction française. Il ne l'a jamais vu employer ni dans les hôpitaux, ni en ville; de sorte que ce professeur est véritablement celui qui nous a révélé les avantages de la méthode de la percussion de la poitrine, soit en l'employant avec un grand succès dans le cours d'un enseignement clinique de plus de vingt années, soit par la traduction de l'ouvrage du médecin de Vienne, et les commentaires judicieux qu'il y a ajoutés.

Dans l'état de santé, la poitrine d'un individu bien conformé rend, lorsqu'on la frappe, un son naturel qui est proportionné à la capacité de cette cavité, à l'épaisseur et à l'élasticité de ses parois. Chez les individus maigres et chez les enfans, ce son est plus fort; chez les gens avancés en âge, il est moins marqué, sans doute par la roideur de la charpente osseuse, et la sécheresse des parties charnues. Le phénomène de la résonnance de la poitrine est exactement le même que celui qu'offrent les corps creux que l'on frappe, comme un tonneau, un tambour couvert d'un drap, etc. Il est étonnant qu'on n'ait pas fait plus promptement une application de ce procédé très-simple au corps humain, surtout à la cavité pectorale.

Même en santé, il y a des régions de la poitrine qui résonnent moins que d'autres, ce qui est dû à la présence de viscères plus ou moins consistans situés dans ces régions. La partie inférieure de la cavité droite rend moins de son que le reste, à cause de la position du foie, viscère compacte, qui remonte en soulevant le diaphragme. Du côté gauche, la région antérieure résonne moins, par la présence du cœur, et en arrière un peu sur le côté, celle de la rate, si elle est volumineuse, obscurcit un peu le son qui devrait y avoir lieu.

Cependant parfois, dans cette dernière région, on observe un son plus clair, qui dépend de l'accumulation de gaz dans l'estomac ou dans l'extrémité gauche du colon transverse. Postérieurement, des deux côtés de la colonne épinière, la poitrine a un son moins marqué à cause de l'épaisseur des parois, des couches musculeuses placées le long des vertèbres, et de la présence de ces os. Le volume des mamelles, très-considérable chez certaines femmes, empêche encore d'obtenir tout le son possible des parties antérieure et moyenne de la poitrine.

Dans le reste des deux cavités, la poitrine résonne d'une force à peu près égale; les parties latérales et moyennes, à deux ou trois pouces au-dessous des aisselles, sont celles qui offrent le son le plus pur et le plus retentissant dans l'état sain.

Le bruit perçu paraît non-seulement être le résultat de la résonnance de l'air dans la cavité frappée, mais encore dépendre de l'élasticité naturelle du tissu pulmonaire, dont une

main accoutumée sent même les frémissemens sous les doigts qui percutent.

Lorsqu'une cause quelconque vient ôter aux parties l'élasticité dont elles jouissent, soit en ajoutant à la densité de leurs tissus par l'admission de liquides ou de solides au milieu d'eux, soit en épaississant leur surface, soit en les entourant de liquides exhalés : alors le son n'est plus semblable à celui que rendait la poitrine dans l'état sain; il peut perdre plus ou moins de sa sonoréité, devenir obscur, sourd, *mat*, en un mot être contre nature. Il peut même y avoir absence totale de son; ce que Stoll exprimait, en disant que le thorax rendait le bruit d'une cuisse frappée : *tanquam percussi femoris*. Dans ce dernier cas, la poitrine est entièrement remplie de substances solide ou liquide, en supposant que l'absence de son soit générale dans toute la cavité.

Quelques états particuliers peuvent modifier le timbre de la poitrine : telles sont la grossesse, la plénitude de l'estomac, la surabondance graisseuse, etc., qui, refoulant le diaphragme, poussent et remontent les poumons, leur ôtent une partie de leur élasticité, et par conséquent diminuent la clarté habituelle du son naturel. Des maladies de l'abdomen, où les viscères de la poitrine ne sont nullement compromis, peuvent encore altérer le son de cette cavité : tels sont les augmentations dans le volume des viscères, l'engorgement du foie, de la rate, l'ascite, etc., qui, refoulant le diaphragme, compriment les organes placés audessus, et diminuent la grandeur des cavités pectorales, et par conséquent l'étendue du son qu'elles rendent naturellement.

§. II. *De la manière de percuter la poitrine*. Pour arriver aux résultats qu'on se propose en percutant la poitrine, celui d'obtenir le véritable son que rend cette cavité, il y a diverses précautions à prendre que nous allons indiquer.

Il faut d'abord mettre le malade en position pour être percuté avec avantage et le plus commodément possible. Lorsqu'il est alité, on le fait placer bien exactement sur le dos, la tête soutenue, et les jambes un peu fléchies, s'il s'agit d'examiner les parties antérieures de la poitrine. On percute ordinairement la poitrine nue, si c'est un homme, ou avec la chemise seulement, si c'est une femme : ce vêtement, comme l'a remarqué Auenbrugger, n'ôte rien à la force du son, et est plus convenable pour la décence. Pour obtenir le son des parties postérieures de cette cavité, on fait asseoir le malade sur son séant, les bras en avant, le dos un peu penché dans la même direction; ce qui permet de frapper alors, non-seulement les parties postérieures, mais aussi les parties latérales, et d'en apprécier le son. Si le sujet est levé, on le fait asseoir sur un tabouret,

et on percute alors la poitrine en tournant autour de lui. Dans tous les cas, on a soin que le malade ne puisse avoir froid, inconvénient qui pourrait être grave dans les maladies inflammatoires de la poitrine.

La force avec laquelle on percute est réglée sur l'épaisseur des parois de la poitrine et la vigueur des sujets malades; chez ceux qui sont délicats, les femmes, les enfans, un choc médiocre suffit; chez les gens athlétiques, il faut percuter avec plus de force, afin d'obtenir un degré de son marqué. Toutefois, on ne doit pas aller jusqu'à causer de la douleur. Quel que soit le degré d'action que j'y aie mis, je n'ai jamais vu les malades se plaindre que je leur fisse mal en frappant convenablement sur leur poitrine.

Pour percuter cette cavité, on réunit tous les doigts de la main droite en faisceau, et on frappe sur le thorax à plusieurs reprises, en mettant un intervalle de quelques secondes entre chaque choc; on écoute le son produit; si on est très-exercé, quelques coups suffisent; si on l'est moins, il faut les répéter jusqu'à ce qu'on ait bien entendu celui obtenu, afin de ne pas commettre d'erreur. Il faut, pendant qu'on percute, faire faire le plus grand silence, retenir même son souffle, afin qu'aucun bruit étranger ne vienne obscurcir celui de la poitrine. Il y a des personnes qui frappent avec les doigts non réunis, mais seulement à moitié fléchies : cette manière est peut-être aussi bonne quand on en a l'habitude, mais elle est moins sûr pour le commençant, outre que, frappant sur une surface plus considérable, elle ne rend pas avec autant de précision le son d'un point donné de la poitrine; d'autres frappent à plat, les doigts étendus, sur la poitrine, ce qui est un procédé défectueux si on le généralise, en ce qu'il ne donne que le son d'une région étendue; il ne doit s'employer qu'après la percussion faite avec le bout des doigts réunis, et seulement lorsque, la maladie ayant une grande extension, on veut avoir le sou de toute la région qui est le siége du mal. On percute avec la main nue; Auenbrugger voulait qu'on la garnît d'un gant; mais cette circonstance est absolument inutile, et peut même influer sur le son rendu, s'il est très-épais. Une autre circonstance moins indifférente, indiquée par le même auteur, c'est de faire faire au malade une grande inspiration, puis de retenir son haleine lorsqu'on veut exercer la percussion. De cette manière, on a plus de son que si le sujet n'avait pas d'air dans la poitrine, et ce son est plus volumineux; mais j'observe que cela ne peut avoir lieu que dans des poumons sains, ou dans la portion saine des poumons; car dans ceux malades, l'air n'y pénétrant pas, il est fort inutile de faire faire cette inspiration. Je ne l'ai jamais vu mettre en pratique

par M. le docteur Corvisart, et je n'en ai non plus jamais fait usage.

Il faut, lorsqu'on percute, ne faire agir que l'avant-bras, et frapper la poitrine sous le même angle; car si on frappait sur un côté directement et en dédolant sur l'autre, le son serait fort différent. Il faut frapper au même lieu, car si on choque sur une côte d'un côté, et dans un espace intercostal de l'autre, le son sera également dissemblable; il ne faut opérer que dans la même étendue des deux côtés et avec la même main; enfin il faut percuter avec une force égale les parties de la poitrine dont on veut comparer le son. Si on ne percutait pas les deux côtés du thorax, on n'obtiendrait aucun résultat exact; aussi est-on très-embarrassé lorsque les deux cavités sont malades à la fois. On manque de type pour comparer le son *malade* avec le son naturel. La percussion est alors presque sans utilité.

On ne frappe point indifféremment sur tous les points de la poitrine lorsqu'on veut connaître le son qu'elle rend. Si le siége de la maladie qu'on cherche à apprécier n'est pas connu, il faut percuter l'une après l'autre les diverses régions de cette cavité, comparer les qualités du bruit obtenu de chacune d'elles, et conclure que le siége du mal est là où le son est le moins pur et le plus éloigné de l'état naturel. Si le siége du mal est, au contraire, évident, on peut se contenter de frapper la région occupée par la maladie, comme la surface précordiale, si c'est le cœur, et toute la poitrine, si c'est le poumon. Il est toujours plus prudent de ne pas négliger d'examiner par la percussion les régions même saines, parce que, du jour au lendemain, elles peuvent s'altérer dans les maladies aiguës. Il faut percuter souvent : toutes les fois qu'on voit son malade, si la maladie est aiguë; plus rarement, mais cependant tous les deux ou trois jours, si elle est chronique.

Suivant qu'on a obtenu telle ou telle qualité de son, on peut apprécier l'état de la poitrine. Si la qualité en est pure et dans les proportions naturelles, ni trop clair, ni obscur ou *mat*, on doit conclure que les viscères pectoraux ne sont pas malades, ou au moins que leur altération n'est pas du nombre de celles que la percussion rend appréciables : car on n'a jamais prétendu que cette méthode d'investigation fût générale et applicable à toutes les maladies de la poitrine. Nous indiquerons plus bas les cas où elle ne dit rien, et même ceux où elle pourrait en imposer en faisant croire que le côté sain est celui où la maladie porte ses ravages. Lorsque le son est *mat*, et qu'on n'a pas lieu de soupçonner que cet état contre nature soit le résultat des causes précédemment enseignées (§. 1), il indique une lésion du viscère situé audessous du point où il se manifeste, et alors, à l'aide des symptômes généraux, on parvient

presque toujours à reconnaître le genre de maladie dont cet organe est atteint. Si le son est entièrement nul, alors le cas est des plus graves, et désigne une altération considérable du poumon ou de la plèvre, ou même de ces deux parties, avec épanchement qui remplit en totalité la capacité de la poitrine. Le son nul dans la région inférieure d'une des cavités pectorales, et seulement obscur dans le reste, ou même naturel, indique un épanchement qui ne remplit point totalement ce côté, mais seulement jusqu'à l'endroit où le son devient clair. En mettant le malade sur son séant, on voit si le son est bon supérieurement, et, en le faisant coucher, s'il l'est antérieurement, on en conclut alors que le corps *obturant* est un liquide. Cependant ceci n'est pas très-rigoureux, car la poitrine étant une cavité toujours remplie par le poumon dans l'état sain, si l'épanchement n'avait pas altéré la texture de celui-ci, qu'il fût toujours élastique, il n'y aurait que peu ou point d'espace pour le jeu des liquides. S'il est rétracté, comme cela a souvent lieu dans les hydrothorax, alors la sérosité peut avoir de l'espace pour se déplacer, suivant la position du malade. Le retour du son indique celui du viscère ou de la cavité à l'état sain.

§. III. *Des maladies où la percussion peut être utile à pratiquer, et sur lesquelles elle fournit de bons renseignemens diagnostiques.* C'est surtout dans les maladies aiguës du poumon que la percussion offre un bon moyen de s'assurer de l'étendue qu'elles occupent dans l'organe, des progrès qu'elles y font, et de leur résolution lorsqu'elle a lieu. Dans les affections chroniques, ce signe n'a pas moins de valeur; mais comme elles sont plus rares, on a moins d'occasion de la pratiquer. Les plèvres fournissent également des occasions nombreuses de mettre en usage la percussion pour les maladies dont elles peuvent être le siége, et qui sont surtout reconnaissables par ce procédé lorsqu'il y a épanchement; ce qui a lieu dans le plus grand nombre des cas. Enfin le cœur présente aussi des maladies nombreuses où la percussion peut être mise utilement en pratique, notamment dans le cas d'augmentation de volume, qui est la plus fréquente de toutes les lésions organiques dont il est susceptible d'être atteint.

A. *Maladies aiguës.* Les pneumonies et les pleurésies offrent des occasions journalières d'employer la percussion de la poitrine.

Pneumonie. C'est dans cette affection que la méthode d'Auenbrugger est un des moyens les plus indispensables à mettre en usage; par son moyen on connaît tous les jours les progrès du mal, son siége, son étendue, les parties qu'il abandonne, sa résolution, etc. Le médecin de Vienne dit que ce n'est que vers le quatrième jour que le thorax prend un son contre nature; mais le professeur Corvisart a réfuté avec raison cette assertion, et

observé que quelquefois au bout de vingt-quatre heures d'invasion de la maladie, déjà le son est devenu moins bon, et qu'il peut se perdre entièrement dans les trois ou quatre premiers jours, si la marche de la maladie est extrêmement rapide. Auenbrugger voyait dans la perte du son chez les pneumoniques un rapport avec les jours critiques des anciens, ce qui l'avait conduit à ne le reconnaître bon ou mauvais qu'à telle époque : ceci prouve combien on a de peine à se défendre de ses *vieilles admirations*, puisqu'un esprit aussi juste que celui de l'auteur de la méthode de la percussion a pu être entraîné à des inductions que la nature ne justifie pas. Lorsque le son manque en tout ou en partie dans le côté gauche, cela est plus grave que s'il manque dans le côté droit, parce que le siége de la pneumonie à gauche est toujours plus fâcheux que lorsqu'il est à droite, à cause du voisinage du péricarde et du cœur, auxquels l'inflammation peut se transmettre, suivant la remarque de M. Corvisart. Le danger est moindre lorsque le son n'est obscurci qu'en haut de la poitrine, cette portion du poumon étant la moins volumineuse; par la raison contraire, il y a plus de gravité dans la maladie si le son manque dans les parties postérieures du thorax. Lorsque toute l'étendue du poumon est privée de son, le cas est mortel. Auenbrugger ajoute encore que lorsque la région du sternum ne rend pas de son, il y a danger de mort : cela n'arrive guère que dans des péripneumonies très-intenses où un poumon ayant augmenté excessivement de volume, refoule le médiastin et en occupe la place; ce qui explique la gravité du cas.

On observe ordinairement que le son revient dans le côté malade, en proportion de l'abondance de l'expectoration qui amène la solution de la maladie, et qu'il diminue au contraire lorsque les crachats s'arrêtent, ou qu'ils ne sortent point. Une accumulation extrême de la matière morbifique fait disparaître, dès l'origine de la maladie, toute espèce de son; cependant il y a des occasions où, sans qu'il y ait d'excrétion pulmonaire abondante, le son revient peu à peu, et la solution de la maladie a lieu par une sorte de crise insensible; d'autres fois le malade semble aller de mieux en mieux, entrer en convalescence, guérir même, sans que le son revienne. Il faut toujours se méfier de ces cas insidieux et qui sont fréquemment marqués par des rechutes. Effectivement, on ne manque guères, au bout de quelques semaines, de voir une toux sèche revenir, de la fièvre s'établir, et tous les symptômes d'une vomique ou d'une phthisie consécutive se déclarer. M. Corvisart en rapporte plusieurs exemples dans sa traduction, et les auteurs sont remplis de faits semblables. On voit combien la percussion est un moyen précieux pour s'assurer de l'état du pou-

mon, et combien elle est essentielle à pratiquer pour la direction à donner au traitement.

La pneumonie chronique, commune chez les enfans et les vieillards, maladie sur laquelle on possède si peu de documens bien certains, est également reconnaissable, malgré sa marche souvent larvée et latente, par l'emploi de la percussion, qui montre une diminution notable dans la nature du son, et dont on peut suivre l'étendue par celle de la région où il manque. Il est bien entendu que c'est en comparant les symptômes généraux avec le résultat de la percussion, qu'on parvient à établir avec quelque exactitude le diagnostic de la pneumonie chronique. Il en est de même dans tous les autres cas, où on met en œuvre cette pratique. C'est de cette espèce de pneumonie qu'Auenbrugger parle en détail dans son ouvrage, sous le nom de *squirre du poumon*.

La méthode percutante sert encore à distinguer de la pneumonie des affections qui y ont des rapports assez marqués. La pleurésie et le catarrhe, tant qu'ils se bornent, l'un à la plèvre, l'autre aux divisions bronchiques, n'altèrent point le son naturel de la poitrine; aussitôt qu'ils dépassent ces limites pour envahir le tissu pulmonaire, ils l'obscurcissent et deviennent alors des espèces de pneumonie désignées sous le nom de *pneumonie catarrhale* et de *pleuro-péripneumonie*. La percussion distingue encore la fausse fluxion de poitrine, ou pleurodynie, de la pneumonie, en ce qu'elle démontre le son naturel de la cavité pectorale. Certaines toux férines et stomacales sont reconnues ne pas avoir leur siége dans le poumon, au moyen de la percussion.

Pleurésie. La pleurésie aiguë, vive et essentielle, maladie des plus rares, qu'on distingue encore sous le nom de *pleurésie sèche*, parce que, bornant son siége strictement à la plèvre, elle est sans expectoration, n'altère pas le son de la poitrine. Dans le plus grand nombre des cas, cette affection empiète plus ou moins sur le parenchyme du poumon, et rentre dans la pleuro-pneumonie ou pleurésie humide. Toutes les fois que l'inflammation s'étend à la plèvre et au poumon, le son a une double cause d'altération : d'abord par l'engouement du poumon, par la phlegmasie, puis par l'épanchement qui a toujours lieu dans la plèvre. Lorsque celle-ci est ainsi atteinte, il en résulte que le son devrait souffrir plus d'altération que dans la pneumonie simple; mais il n'en est pas toujours ainsi: d'abord parce que la portion du parenchyme pulmonaire envahie n'est pas aussi considérable que dans la première de ces maladies, et, en second lieu, parce que l'épanchement est en général peu considérable. Le son revient avec la solution de la maladie, ou se perd de plus en plus avec son accroissement.

La pleurésie chronique s'accompagnant presque toujours

d'une augmentation d'épaisseur de la plèvre, et d'un épanchement séreux ou purulent, et le plus souvent séro-purulent, le son se perd en proportion des progrès de la maladie dont il indique la marche avec assez d'exactitude. La percussion est d'autant plus indispensable à pratiquer, que le plus souvent les symptômes généraux sont peu caractéristiques, parfois insidieux, et qu'ils trompent journellement plus d'un praticien qui ne s'aide point du secours qu'il pourrait retirer de la méthode d'Auenbrugger.

Maladies exanthématiques. Une remarque des plus intéressantes, qui appartient toute entière à Auenbrugger, c'est celle qu'il a faite relativement aux maladies exanthématiques, comme la rougeole, la variole, la scarlatine, etc. Ce profond observateur a vu que, dans ces affections, la poitrine perdait du son qui lui est propre, et qu'elle ne le recouvrait que lorsque l'éruption cutanée avait eu lieu, de sorte que, suivant lui, on peut juger de l'abondance qu'aura celle-ci par le degré d'obscurcissement du son. M. Corvisart a remarqué la justesse des idées du médecin allemand, surtout pour la rougeole et la scarlatine. Il semblerait que le point de départ de ces maladies serait la poitrine, et si on ajoute à ces faits qu'il s'y manifeste souvent des palpitations (*Voyez* ce mot), et que, par suite d'un traitement indiscret ou de rétropulsion de l'exanthème, il en résulte presque constamment des affections du poumon, on sera porté à regarder ces maladies comme entièrement sous la dépendance des organes de la respiration.

M. le professeur Corvisart ajoute à ces considérations, qu'il a souvent observé qu'à la suite de gale et de dartre rentrées, la percussion de la poitrine fournissait un son moins clair, qui revenait à l'état naturel si ces éruptions cutanées reparaissaient : faudrait-il en conclure que toutes les maladies de la peau sont sous l'empire des organes pulmonaires? Pour le praticien, ces corrélations sont suffisantes pour le faire surveiller avec soin ces organes, lorsque quelques maladies exanthématiques disparaissent.

Auenbrugger dit encore qu'il a observé un obscurcissement du son de la poitrine dans la plupart des maladies épidémiques. Il est probable que, dans les cas dont il parle, ces maladies se compliquaient plus ou moins de pneumonie; car il serait difficile de concevoir, sans cela, pourquoi la cavité thoracique rendrait moins de son. Par exemple, dans les épidémies catarrhales, connues sous le nom de grippes, et qui sont presque toujours des pneumonies catarrhales, le son de la poitrine est plus ou moins obscurci. Dans celle que nous avons vue régner à Paris il y a quelques années, on aurait pu retrouver le manque de son des deux côtés de la poitrine, car les deux poumons

étaient attaqués parfois en même temps; aussi fut-elle très meurtrière.

B. *Maladies chroniques*. C'est lorsque ces maladies sont accompagnées d'induration d'une portion du poumon ou des plèvres, ou qu'elles amènent à leur suite un épanchement de liquide, ou qu'elles procurent plus d'extension dans le volume des parties, que la percussion peut aider à découvrir leur existence. Dans celles qui ne présentent point une de ces circonstances, cette méthode est nulle ou ne sert à éclaircir que par voie d'exclusion la présence de quelques affections.

Hydropisies. L'épanchement qui forme le principal caractère de ces maladies est appréciable à la percussion presque dès son origine. En s'interposant entre le poumon et la plèvre costale, la sérosité détruit le son qui pouvait avoir lieu. On mesure avec exactitude la hauteur qu'atteint le liquide, par l'indication que fournit la percussion, car la résonnance est bonne audessus de la surface de la sérosité, si aucune autre cause ne produit son obscurcissement. Quelle que soit la nature de l'épanchement, qu'il soit purulent comme dans l'empyème, qu'il soit sanguin comme après des hémorragies accidentelles des vaisseaux de la poitrine, le son ne présente guère de différence. La consistance des corps ne produit point de dissemblance dans la qualité du son, ou du moins n'en produit qu'une trop subtile pour être facilement appréciable. Combien de cas d'abord obscurs d'hydrothorax, d'empyème, d'épanchement sanguin ont été reconnus par la percussion venant à l'aide des symptômes généraux! Il faut avoir vu comme moi de fréquens exemples de l'exactitude de la percussion, pour se persuader de toute la bonté de ce moyen de scruter les maladies de la poitrine.

Asthme. Sous ce nom on comprend, comme on sait, le plus souvent, des maladies fort différentes : il suffit qu'une personne éprouve une dyspnée chronique pour qu'on la déclare asthmatique. Le plus fréquemment ces prétendus asthmes, comme l'a démontré M. Corvisart, sont un symptôme de maladie organique du cœur ou du poumon. M. le docteur Laënnec, dans son traité *De l'auscultation médiate*, vient encore de signaler deux nouvelles causes d'asthme, la dilatation des bronches, et l'emphysème du poumon. Cependant il existe un véritable état spasmodique du poumon, auquel il faut réserver le nom d'*asthme essentiel*. La percussion peut servir à faire distinguer de l'asthme vrai plusieurs des maladies auxquelles on accordait ce nom. C'est ainsi que les affections où la gêne de la respiration tient à une lésion organique du cœur sont indiquées par l'obscurité du son de la région précordiale, si cette lésion est le résultat de l'hypertrophie de ce viscère; elle éloignerait également de l'asthme la dyspnée qui

serait le résultat de la pneumonie ou de la pleurésie chronique, ainsi que celle qui résultait d'un épanchement séreux, purulent, etc. Le son naturel du thorax, avec une gêne de respirer venant par accès, indiquera l'asthme nerveux avec assez d'exactitude.

Nostalgie. Auenbrugger place cette maladie au nombre des affections chroniques où le son régulier de la poitrine est obscurci. Il nous semble que cela ne peut avoir lieu que lorsque les individus en proie à cette cruelle affection sont attaqués de pneumonie ou de pleurésie chronique, ce qui arrive effectivement dans quelques circonstances : hors de là, je ne vois pas quel rapport une maladie essentiellement nerveuse et morale peut avoir avec le son contre nature du thorax.

Phthisie pulmonaire. Lorsque les poumons sont remplis de tubercules de différentes grosseurs, l'élasticité naturelle de leur parenchyme se trouve en partie détruite, à cause de la densité qu'il a acquise. Dans cet état, la poitrine rend moins de son, surtout dans la région supérieure, parce que c'est vers la racine des poumons que se développent de préférence les tubercules. Si ceux-ci sont peu abondans, il n'y a que de légers changemens dans le son vrai de la cavité, et si les tubercules, quel que soit leur nombre, sont excavés ou en partie vides, il en peut résulter un son plus clair que dans l'état de santé; ce qui est toujours un indice d'altération morbifique. Il faut pour cela que la portion interposée entre les parois de la poitrine et les cavités soit saine; ce qui a souvent lieu lorsque la maladie n'a pas encore fait tous les progrès dont elle est susceptible; il en résulte que ce n'est qu'avec réserve qu'on doit prononcer sur l'existence de la phthisie, d'après les indications prises de la percussion; mais alors les symptômes généraux ne manquent pas pour s'éclairer sur l'existence de cette affection.

Obstructions. Sous ce nom fort vague, on peut entendre l'état d'un viscère gêné dans son action par la présence, au milieu de son parenchyme, d'un corps solide ou liquide; si ce corps est volumineux, la percussion peut, par l'obscurcissement du son, en indiquer le siége et l'étendue. Si l'obstruction naît d'une inflammation chronique, elle sera également susceptible d'être percevable par cette opération. Si les corps obstruans sont voisins de la surface pulmonaire, ou s'ils sont renfermés dans la plèvre, la percussion les fera plutôt connaître que s'ils étaient situés profondément.

Œdème des poumons. Cette maladie des plus communes, qui se soupçonne chez les gens d'un tempérament lymphatique, indolens, à visage bouffi et pâle, lorsqu'ils ont une toux humide, avec expectoration pituiteuse, et qui cause une sorte d'asthme à cause de la dyspnée habituelle qui l'accompagne,

fournit à la percussion un signe qui peut aider à la reconnaître. Le son est plus sourd que dans l'état de santé des deux côtés, sans qu'il existe de fièvre, ni de douleurs, et sans que le malade soit alité; il fait assez bien toutes ses fonctions, si ce n'est la gêne habituelle de la respiration. M. Corvisart a dit quelque chose de cette maladie, pag. 250 de sa Traduction d'Auenbrugger, et M. Laënnec, Traité *De l'auscultation médiate*, en parle plus en détail dans plusieurs endroits de cet ouvrage.

Maladies du cœur. M. Corvisart est le premier chez nous qui ait appliqué au diagnostic de ces maladies le procédé de la percussion, et avec infiniment d'avantage, dans un assez grand nombre de cas. Toutes les fois qu'il y a dilatation de cet organe, le son de la région précordiale est contre nature; il est d'autant plus sourd que la dilatation est non-seulement plus étendue, mais encore qu'il y a en même temps accroissement dans le tissu du viscère, ce qu'on désigne sous le nom impropre d'*anévrysme actif*, et mieux sous celui d'hypertrophie. Si le volume apparent du cœur n'était que le résultat d'une accumulation de liquide dans sa cavité péricardite, il y aurait également diminution dans le son naturel, ce qui empêche quelquefois de prononcer si la maladie est précisément dans le cœur ou dans le péricarde. Cependant les symptômes de ces affections présentent quelques différences, et on peut presque toujours conjecturer quelle est la partie de l'organe qui est le siége du mal et qui produit le défaut de son.

Hors ces deux cas, la percussion n'indique rien dans les affections organiques du cœur, le rétrécissement des valvules, les végétations sur les orifices des embouchures ventriculaires ou sur ceux des gros vaisseaux, l'endurcissement des bandes fibreuses, etc., ne fournissent aucun signe par ce moyen d'investigation. Cependant il ne faut jamais manquer de percuter la région précordiale lorsqu'on examine un malade, parce que souvent elle nous apprend qu'il existe des lésions appréciables là où on n'en soupçonnait pas.

Les dilatations des gros vaisseaux, les anévrysmes de la crosse de l'aorte, deviennent sensibles à la percussion aussitôt qu'ils ont reçu un volume capable de refouler le poumon et le cœur, et qu'ils remplissent d'une substance assez dense, de fibrine, qui s'y dépose par couches, l'intérieur de leur cavité; jusqu'à ce qu'ils aient acquis cet état, ils ne dénaturent point assez le son de la partie antérieure de la poitrine pour être appréciés.

Je n'ai signalé dans la courte revue que je viens de faire des maladies où la percussion peut être utile à pratiquer, que les principales circonstances où elle fournit des indications diagnostiques. Si j'eusse voulu les examiner toutes, et avec les détails qu'elles comportent peut-être, j'aurais dépassé les bornes que me prescrit l'ouvrage où je consigne ce travail. J'ai ré-

duit le procédé de la percussion à ce qu'il a de plus simple; je n'ai pas voulu mentionner les nuances délicates que des observateurs consommés y découvriront, dans la crainte, ou de n'être pas entendu, ou d'induire en erreur, à cause de la difficulté qu'elle pourrait présenter à des personnes moins habituées à la pratiquer. C'est ainsi que je n'ai pas parlé du moyen de reconnaître le frémissement que la percussion fait quelquefois ressentir sous les doigts qui percutent la poitrine, et qu'on croit causé par le retentissement de l'air dans les cellules pulmonaires, non plus que la sensation que quelques praticiens disent éprouver en percutant une poitrine malade par la présence du poumon carnifié, ou de celle qui est altérée par un liquide épanché, etc. Ces nuances *infiniment petites*, et qui échappent au plus grand nombre des médecins, doivent être réservées pour ceux qui s'adonnent avec un soin particulier à la pratique de cette méthode.

§. IV. *Des maladies de la poitrine où la percussion ne fournit point d'indication diagnostique.* Toutes les fois que les affections morbifiques qui sévissent sur la poitrine ne produisent point d'épanchement dans la cavité pleurétique, ou n'endurcissent pas le tissu du poumon, la percussion ne peut en donner connaissance, parce qu'il n'y a rien de changé dans la qualité du son naturel : pour ce qui regarde les maladies du cœur, nous venons de dire que s'il n'y a pas ampliation dans le volume du péricarde ou du cœur, on n'obtenait également aucun indice par ce procédé.

Ainsi dans le catarrhe essentiel qui ne dépasse pas les ramifications bronchiques de moyen calibre, dans la phthisie nerveuse, dans l'asthme essentiel, dans la dilatation bronchique, dans la pleurésie simple et sèche, dans les maladies du cœur qui ne consistent que dans des rétrécissemens, dans des ossifications valvulaires, dans des ruptures tendineuses ou musculaires, etc., la percussion ne peut rien indiquer.

C'est donc à tort qu'on a reproché à la percussion d'être un procédé variable qui tantôt indiquait les maladies de la poitrine, tantôt se taisait sur leur compte. Il ne s'agit que de distinguer les cas pour en faire un usage éclairé et avantageux. On ne peut lui demander ce qu'elle ne peut donner, et il est aussi impossible à ce procédé tout physique de produire des sons contre nature, lorsque les organes ne sont pas disposés pour modifier celui qui existe, que si on voulait tirer d'un tonneau plein les sons que rend celui qui est vide.

On ne serait en droit de faire à la percussion le reproche d'être un procédé infidèle, que si, dans une maladie où elle doit marquer l'absence du son, elle en rendait un naturel; si, par exemple, dans la pneumonie, ou dans l'hydrothorax, elle ne dénotait aucune altération dans la sonoréité de la cavité où

la maladie a lieu; c'est ce qui n'a jamais lieu, et ne peut jamais avoir lieu, si la percussion a été convenablement pratiquée, si elle a été faite par quelqu'un un peu habitué à la mettre en usage, et qui ait des connaissances suffisantes en médecine pour n'oublier aucune des circonstances pratiques qui sont nécessaires pour retirer de la méthode d'Auenbrugger tout ce qu'elle a d'avantageux, et si aucune affection particulière ou quelque disposition insolite n'empêchent le son obligé d'avoir lieu.

§. v. *Des maladies où la percussion peut paraître trompeuse.* La production d'un son insidieux est due à deux causes principales : la première vient d'une conformation particulière et contre nature de la poitrine par suite de rachitisme ou d'adhérences morbifiques; la seconde est le résultat de développemens gazeux dans l'intérieur du poumon ou de la cavité pleurétique. M. Corvisart n'avait mentionné aucun de ces cas particuliers qui pouvaient tromper sur la percussion, de sorte qu'ils ont pu induire quelques personnes en erreur, et leur donner lieu de déprécier cette methode de connaître les maladies de la poitrine.

Dans le cas de conformation vicieuse du thorax, presque toujours le son est plus sourd que dans l'état sain. Chez les bossus on a des exemples assez fréquens de cet état contre nature, soit que les organes éprouvent de la compression par le défaut d'espace, soit que les courbures vicieuses de la charpente osseuse présentent des parties dures là où devraient s'en trouver de molles et d'élastiques. La gêne de respirer qui est presque habituelle chez ces individus montre assez que leurs poumons ne sont point à l'aise, et que le tissu de ces organes est plus dense que lorsqu'il a pu se développer librement, ce qui peut servir à rendre raison de l'obscurité du son émis.

M. le docteur Laënnec (*Voyez* le mot *pectoriloque*) a décrit un état de la poitrine où cette cavité ne résonne pas, quoique les malades soient d'ailleurs bien portants; ce phénomène a lieu à la suite des épanchemens qui se font dans l'intérieur des plèvres, qui ont d'abord produit la dilatation de la cavité pectorale, puis son retrait après l'absorption du liquide exhalé; les côtes sont alors abaissées, plus serrées que de coutume; le poumon plus comprimé est adhérent à la plèvre costale. Il paraît que les sujets ainsi conformés finissent par s'accoutumer à cet état, et que petit à petit les fonctions pulmonaire et circulatoire se font comme dans l'ordre naturel, sauf la compression que les viscères peuvent éprouver, et qui est probablement le motif de la perte du son de ce côté du thorax.

Il y a tout lieu de croire que l'adhérence de la plèvre pulmonaire à celle qui revêt les côtes produit également un son moins naturel, surtout si elle se fait par le moyen d'une mem-

brane accidentelle plus épaisse que les plèvres : il y a alors continuité entre les deux surfaces, ce qui doit nécessairement ôter de la sonoréité à la cavité. Cependant si le poumon est bien sain, la différence du son produit finit par être fort peu de chose; lorsqu'un tel poumon devient malade, la percussion rend avec plus de promptitude que dans celui non adhérent le manque de son qui peut résulter de son altération.

Dans les cas précédens, c'est par l'affaiblissement du son que la percussion peut tromper; dans ceux dont nous allons parler, c'est au contraire par une plus grande intensité et par une plus grande clarté que dans l'état naturel qu'elle pèche, ce qui pourrait faire présumer d'abord que la poitrine n'est nullement affectée. Cependant comme l'excès de bruit de cette cavité indique quelque chose de non existant naturellement, il doit porter à rechercher les motifs de cette surabondance de sonoréité. On a découvert deux causes à cet état, et toutes deux sont dues à l'existence de gaz qui se sont développés dans le poumon ou la plèvre. Le premier est désigné par M. le docteur Laënnec, qui nous l'a fait connaître plus particulièrement, sous le nom d'*emphysème du poumon*, et le second a déjà été décrit par plusieurs médecins, sous celui de *pneumo-thorax*. On conçoit que, dans ces deux maladies, la poitrine doit être plus sonore, attendu que plus il y a d'air dans une cavité, et plus le bruit qu'on imprime à ses parois résonne dedans, comme on le voit à un tambour dont on relâche ou desserre les cordes. C'est ce qui explique pourquoi la poitrine résonne plus dans l'inspiration que dans la respiration. Dans les deux affections mentionnées, c'est comme s'il y avait une inspiration continuelle. L'air dilate les cellules pulmonaires ou la cavité de la plèvre, ce qui permet à la percussion de fournir un son plus intense, plus abondant et plus clair que dans l'état sain. Si, dans ces deux états, on percute l'autre cavité, on lui trouverait, par comparaison, un son plus sourd, ce qui porterait à croire que c'est elle qui est malade, si on ne réfléchissait pas que l'excès de son est ici une preuve de maladie; comme la diminution en indique d'autres.

Quelques phthisies et quelquefois certaines pleurésies chroniques paraissent se compliquer de pneumo-thorax, comme l'a remarqué M. Itard, et expliquent pourquoi, dans cette circonstance, le son obtenu par la percussion est plus retentissant que dans l'état naturel. Ce signe peut même servir à indiquer cette complication.

Dans les différens cas que nous venons d'énumérer, la percussion n'est trompeuse qu'en apparence, car, au fond, cette méthode en elle-même est toujours exacte, il n'y a que les inductions qu'on en tire qui peuvent être fautives; effectivement le manque de son indique toujours une densité plus grande dans les viscères contenus; une plus grande clarté et une sura-

bondance dans son état montrent constamment qu'il y a plus de dilatation, de raréfaction dans les organes renfermés au-dessous. Ce résultat physique est non équivoque, mais les inductions pathologiques peuvent manquer de justesse, ce qui est la faute des spéculateurs et non de la science.

L'excès donne un moyen de reconnaître l'existence de maladies, où presque tous les autres signes manquent; il n'y a que la dilatation de la cavité pectorale qui puisse se rencontrer dans celles dont nous venons de parler; mais comme elle existe également dans l'hydrothorax, dans l'empyème, etc., elle n'est qu'un signe équivoque; la percussion distingue alors ces affections avec facilité, car le son est anéanti en grande parties dans les premières, tandis qu'il est plus abondant et plus clair dans les autres. On ne peut donc pas dire ici que la percussion trompe, car elle donne le seul signe qu'elle puisse fournir, et ce signe est encore indicateur de maladies qui ont leur siége dans la poitrine.

§. VI. *Comparaison de la méthode de la percussion de la poitrine avec celle où l'on emploie le pectoriloque.* M. le docteur Laënnec qui, depuis longtemps, fait un usage fréquent de la percussion, et qui a su apprécier tous les avantages qu'elle peut offrir au praticien pour la connaissance des maladies de la poitrine, fait en plusieurs endroits de son Traité de *l'auscultation médiate* l'éloge de ce procédé. Cependant il s'est aperçu que, dans quelques circonstances, il était insuffisant, et a cherché à y suppléer par un autre mode diagnostique de ces maladies. C'est par l'emploi du pectoriloque (*Voyez* ce mot) qu'il remplace dans le plus grand nombre des cas la percussion de la poitrine. Il trouve, à se servir de cet instrument, des avantages nombreux que n'offre pas la percussion; parfois il unit les deux procédés, comme on le verra dans l'article où est consigné ce qui est relatif à ce mode de recherches et auquel nous renvoyons.

Il y a déjà cette différence entre ces deux méthodes que par la percussion on produit un son qui n'existait pas dans la poitrine, tandis que, avec le pectoriloque, on ne perçoit que ceux qui ont lieu dans cette cavité.

L'emploi du pectoriloque exige une attention et des soins plus minutieux que la percussion; sous ce rapport, il me semble beaucoup moins facile à mettre en pratique, quoiqu'en dise son auteur, que celle-ci. Les différens bruits qui se passent dans la poitrine ont des nuances si déliées, exigent, pour être perçus, une si grande application, qu'on y habituera difficilement le plus grande nombre des médecins pour qui cette pratique semblera toujours trop vétilleuse, trop assujétissante, outre la singularité qu'elle offre aux malades. Tout est encore ici à l'avantage de la percussion, procédé simple, qui n'exige aucune atten-

tion particulière, aucun instrument que le bout des doigts; enfin l'une n'est encore connue que de quelques personnes, et sa valeur n'est point encore jugée, tandis que la percussion compte de nombreux fauteurs, et est pratiquée dans tous les hôpitaux avec un succès toujours croissant, et en ville, par tous ceux qui ont su en apprécier la valeur; elle a reçu l'assentiment général de tous les vrais praticiens à qui elle sert de boussole dans la recherche des maladies de la poitrine.

Il n'y a qu'un son simple à écouter dans la percussion; ils sont très-nombreux, et ont des variations fréquentes, si on recueille avec le pectoriloque tous ceux qui ont leur siége dans la poitrine pour en tirer les inductions indiquées par l'auteur de cette méthode; il est vrai qu'ils disent plus de choses, qu'ils apprennent plus de circonstances du développement des maladies que la percussion, suivant M. Laënnec; mais s'il y a trop de difficulté à les percevoir, c'est comme si la méthode n'existait pas.

Je conclus donc que, par sa simplicité, sa facilité et son exactitude, la percussion doit être préférée à l'emploi du pectoriloque, du moins jusqu'à ce que le temps ait prononcé sur les services que peut rendre celui-ci, comme il a fait connaître ceux de la méthode d'Auenbrugger qui a été plus de quarante ans à être adoptée, et qui rencontre peut-être encore des contradicteurs malgré l'évidence de ses heureux résultats.

Il faut cependant, pour retirer de la percussion de la poitrine, tous les avantages dont elle est susceptible, s'habituer à la pratiquer avec attention et persévérance; et, pour cela, il ne s'agit que de frapper souvent des poitrines saines et malades, celle des cadavres mêmes, dans ceux-ci de comparer les sons obtenus avec les résultats de l'autopsie : cette *éducation des doigts*, comme disait le professeur Corvisart, ne s'apprend qu'avec le temps et de l'oreille; mais elle n'est jamais bien longue si on est doué d'un esprit juste et de sens droits.

AUENBRUGGER (Leopoldus), *Inventum novum ex percussione thoracis humani, ut signo, abstrusos interni pectoris morbos detegendi*; in-8°. *Vindebonæ*, 1763.

ROZIÈRE DE LA CHASSAGNE, De la percussion de la poitrine. Traduction d'Auenbrugger; 1 vol. in-12. Paris, 1770, à la suite de son *Manuel des pulmoniques*.

Cet ouvrage, devenu assez rare, contient (page 185) un chapitre bien fait sur l'œdème du poumon, maladie que M. Laënnec (Voyez *pectoriloque*) croyait n'être pas décrite.

CORVISART, Nouvelle méthode pour reconnaître les maladies internes de la poitrine par la percussion de cette cavité. Traduit d'Auenbrugger, avec des commentaires; 1 vol. in-8°. Paris, 1808.

Le célèbre professeur de clinique de l'école de Paris, pour s'accommoder à la prononciation française, a écrit partout Avenbrugger au lieu d'Auenbrugger; La Chassagne et son censeur ont fait de même.

DESSANS, Essai sur la percussion de la poitrine dans le diagnostic de quelques affections du thorax (dissertation inaugurale). Paris, 1813.

L'OEUILLART D'AVRIGNY, De la percussion dans les maladies de la poitrine (mémoire inséré dans le tome LXVII du *Journal général de médecine*, p. 56).

MÉRAT, Remarques sur l'écrit précédent, insérées dans le même tome, p. 252. (MÉRAT)

PERCUSSION DE LA TÊTE. On a recommandé de percuter la tête avec un corps solide, comme une clef, lorsqu'on soupçonnait que le crâne pouvait être fêlé, après des chutes ou des contusions sur cette région. On a dit qu'elle rendait alors un son analogue à celui des vases fêlés de faïence ou de verre: cela peut être vrai sur un crâne sec; mais dans l'état naturel les chairs qui recouvrent les os ne permettent pas d'estimer la différence qu'il y a entre l'intégrité de ceux-ci ou leur fissure. On a abandonné ce moyen de recherches. (F. V. M.)

PERCUSSION DU VENTRE. Lorsque cette cavité n'est pas développée par de l'air surabondant, elle n'est point susceptible de fournir un son marqué à la percussion; si, au contraire, des gaz en quantité considérable distendent les intestins ou la cavité péritonéale, le ventre résonne alors comme un tambour: la percussion indique assez bien cet état de l'abdomen, lors même que le volume de cette capacité ne l'annoncerait pas évidemment. Plus le son est clair, plus il y a d'air entassé dans cette région; si l'abdomen est en même temps douloureux, c'est un caractère non équivoque d'inflammation. *Voyez* MÉTÉORISME. (F. V. M.)

PERCY (eaux minérales de): paroisse à quatre lieues de Coutances, et près de Villedieu. La source minérale est dans la commune et dans la terre de *Montfiquet*, dont elle a pris aussi le nom: elle est froide. M. Polinière la dit martiale. (M. P.)

PÉRÉGRINATION, s. f., *peregrinatio*: voyage hors de son pays. La partie de ce sujet, qui a rapport à l'instruction médicale, ayant déjà été traitée dans cet ouvrage par nos collaborateurs Fournier et Vaidy, il ne nous reste plus à considérer la pérégrination, que sous le rapport de l'hygiène et de la thérapeutique. Nous pourrions, pour établir l'antiquité de cette pratique, rappeler le moyen employé par Mélampe pour guérir les filles de Prétus, roi d'Argos, affectées d'une espèce de manie; mais nous préférons la vérité à la fable, et nous n'admettons la pérégrination, conseillée comme moyen hygiénique et thérapeutique, qu'à l'époque où les Grecs, ignorant les causes des maladies, et les attribuant à la colère des dieux, pensaient qu'un exercice forcé, ou le changement de climat pouvaient seuls en opérer la guérison. C'est dans cette vue qu'ils multiplièrent les temples d'Esculape, et les placèrent dans les sites les plus élevés, et dans les lieux les plus enchan-

teurs. Ils avaient soin d'y rassembler tout ce qui pouvait agir sur les sens, et exalter l'imagination des malades qui s'y rendaient en foule des contrées les plus éloignées. Les prêtres qui desservaient ces temples ne manquaient pas d'ajouter aux moyens hygiéniques plusieurs pratiques religieuses, et préparaient les malades, tantôt en les soumettant à un jeûne de plusieurs jours, tantôt en les privant seulement de vin, et quelquefois même de toute espèce de nourriture pendant vingt-quatre heures. Après avoir ainsi affaibli le physique, ils promenaient les malades dans les avenues du temple, et leur montaient l'imagination par le récit des cures les plus merveilleuses, toujours fait dans un langage mystique. Ils leur permettaient ensuite l'entrée du sanctuaire, où ils leur faisaient entendre une musique harmonieuse qui ajoutait encore à l'effet de toutes les scènes allégoriques dont on avait fasciné leurs yeux; après quoi on les plaçait devant la statue du dieu qu'ils venaient consulter, et, dès que celui-ci avait rendu son oracle, on les faisait sortir du temple, à la porte duquel ils trouvaient des orateurs et des sophistes qui leur procuraient de nouvelles distractions, et leur expliquaient les paroles mystérieuses du dieu.

On trouvait aussi près de ces temples, des établissemens d'eaux thermales, et des gymnases où l'on soumettait à un exercice bien dirigé, secondé par des bains et des onctions, les personnes que les premiers essais n'avaient pas guéries. On conçoit aisément que tous ces moyens réunis devaient valoir aux prêtres des succès d'autant plus assurés, que ceux-ci avaient l'habileté d'écarter des épreuves tous les malades qui, par la gravité des symptômes qu'ils présentaient, pouvaient compromettre la science du dieu, et discréditer son temple.

Aristote vantait la salubrité de l'air de la mer, et les avantages de la navigation pour le rétablissement de la santé, et on sait que Pline ne parvint à obtenir la guérison de Zozinus, son esclave chéri, en proie à une maladie de langueur, qu'en le faisant voyager, tantôt au pied des montagnes du Frioul, et tantôt en l'envoyant en Égypte. C'était de préférence à Alexandrie que se rendaient les Romains affectés de phthisie. *Ideòque aptissimè*, dit Celse, lib. III, cap. XXI, *Alexandriam ex Italia itur.* Cicéron voyant sa santé affaiblie par des travaux excessifs, et peut-être par la crainte d'avoir trop bravé Sylla, ne parvint à se rétablir qu'en faisant le voyage de la Grèce, où il passa six mois près de son cher Atticus.

Nous pourrions accumuler un grand nombre de citations en faveur de la pérégrination, en nous bornant seulement aux cures les plus célèbres; mais l'efficacité de ce moyen est trop bien reconnue pour que nous prenions ce soin, et les méde-

cins de nos jours ne le recommandent pas avec moins de confiance, et n'en retirent pas de moins grands avantages que les anciens. On a vu des hommes attaqués d'épilepsie, guéris à leur retour d'un voyage en Amérique, de même que des symptômes de syphilis invétérée ont disparu, comme par enchantement, à la suite d'un voyage dans le Levant, ou dans nos colonies.

Il est hors de doute que l'exercice modéré que l'on fait à pied et en voiture, soit pour se transporter à des distances plus ou moins grandes, soit pour se promener dans des lieux agréables, est d'un avantage incontestable pour le physique et le moral. On sait que les Anglais, plongés constamment dans une atmosphère froide et humide, ne se guérisseut de tous les maux qui naissent de son influence, qu'en venant chercher chez nous un ciel plus serein, et un climat plus doux. Ils aiment nos villes méridionales, et on connaît la préférence qu'ils ont de tout temps accordée à la ville de Montpellier. Ils fréquentent aussi volontiers l'Italie, et nous en avons vu beaucoup se trouver si bien de l'air de la ville de Naples, et du site enchanteur du mont Pausilippe, qu'ils y ont acheté des maisons, dans l'espoir, quelquefois trompé, d'y prolonger de beaucoup leur carrière.

C'est surtout aux habitans des grandes villes que la pérégrination s'offre avec tous ses avantages. Constamment occupés de leurs affaires, en proie à l'ambition, dévorés par l'envie, c'est vainement que les malades auraient recours aux moyens pharmaceutiques pour rétablir une santé à laquelle les passions ont porté une profonde atteinte, s'ils n'allaient dans d'autres lieux chercher des distractions, sans lesquelles tous les remèdes seraient inutiles.

Quoique nous ayons dans les eaux minérales une confiance méritée par des succès marqués, nous ne pouvons cependant pas nous empêcher de partager une opinion généralement accréditée parmi les médecins, que le mouvement occasioné par le voyage, le changement d'air, l'abnégation de toutes les affaires, des distractions sans nombre, ajoutent beaucoup à l'effet médicamenteux des eaux, et personne ne contestera que les médecins de nos jours, comme ceux de tous les temps, envoient le plus souvent leurs malades aux eaux, *non propter salubritatem, sed propter longinquam peregrinationem.*

Beaucoup d'eaux thermales d'ailleurs ne peuvent avoir de propriétés médicinales, puisque l'analyse chimique n'y découvre aucune substance dont elles pourraient en recevoir, et il nous paraît évident qu'elles ne produisent d'autre effet que celui qu'on obtiendrait d'un bain domestique chauffé au même degré. Les raisons que M. Patissier a données dans son ouvrage sur les eaux minérales, pour combattre cette assertion,

ne nous paraissent point assez péremptoires, et l'opinion généralement adoptée n'en conserve pas moins toute sa force et sa vérité.

Il serait aussi inutile que fastidieux de faire ici l'énumération des maladies et des affections morales pour la guérison desquelles on pourrait conseiller la pérégrination. Plusieurs auteurs ont traité *ex professo* ce sujet; les uns sous ce titre: *De peregrinatione medica*; les autres sous celui-ci: *De salutifera in diversis morbis peregrinatione*. Le lecteur y suppléera aisément, et nous terminerons par rapporter l'histoire d'une cure aussi heureuse qu'inespérée, que nous avons due à ce puissant moyen. Un officier du régiment de Latour-d'Auvergne avait éprouvé, au mois d'octobre 1811, une fièvre de mauvais caractère, qui faillit l'enlever le onzième jour. La mort semblait ne l'avoir épargné que pour prolonger une douloureuse existence, que l'on ne croyait plus que de courte durée, puisque ce malheureux, en proie chaque jour à de nouvelles douleurs, implorait comme un bienfait le moment où il quitterait la vie. Cédant aux vœux de ses amis, il alla près d'eux chercher à Naples le rétablissement d'une santé qui ne s'y détériora que davantage, et bientôt il ne parut plus à leurs yeux qu'un spectre errant autour de son tombeau. Sentant combien sa présence causait de peine à ses amis, le malade voulut leur épargner le chagrin d'assister à ses derniers momens, et prit la résolution d'aller à Arpino, dans la terre de Labour, s'isoler sur le point le plus élevé de la montagne, regardant ce voyage comme sa dernière pérégrination. On concevra tout ce qu'il a dû éprouver de peines et de fatigue avant d'arriver à cette destination, si l'on se figure que chaque cahot causait dans tout son corps l'ébranlement le plus douloureux, et que son domestique fut obligé de le descendre souvent de voiture, croyant le voir expirer à chaque instant dans ses bras. Inébranlable dans son projet, le malade poursuivit sa route avec constance et courage. Il commença bientôt à désirer des alimens, et put supporter un peu de pain et de vin, dont il prenait de petites doses de deux heures en deux heures. Enfin, il arriva, et se fit porter dans la maison la plus élevée du pays. Il eut bientôt à s'applaudir de sa résolution: car le sommeil revint, les douleurs diminuèrent, et il put, au bout de huit jours, se faire conduire au milieu des bois, dans un site où il recevait l'air le plus pur, et où il s'exposait par intervalles aux rayons du soleil. Trois semaines après, il descendit seul dans le bas de la ville, et il a recouvré une santé qui, depuis ce temps, n'a pas éprouvé la plus légère altération.

Les pélerinages pieux étaient autrefois des moyens de guérison dont les médecins savaient adroitement profiter. Anne

d'Autriche alla chercher la fécondité à Marienthal. Combien de jeunes dames, à l'exemple de cette reine de France, ne pouvant être mères à Paris, vont, en dévotes pélerines, essayer de la puissance d'un saint éloigné, qui, le plus souvent, remplit leur atteute, et exauce leurs vœux! C'était dans les couvens de moines que ces miracles s'opéraient le plus souvent, et il est peu de maladies qui n'y aient eu jadis son saint. On y allait invoquer saint Marcou pour les écrouelles, qui, comme on sait, se manifestent ordinairement par des glandes au cou. On y allait demander à sainte Claire l'éclaircissement de la vue, etc. Il était commode pour les médecins qui se trouvaient, comme on dit, au bout de leur science, d'envoyer le malade en pélerinage. Si le saint ne le guérissait pas, comment un simple mortel, quelque savant qu'il fût, aurait-il pu le guérir? (PERCY et LAURENT)

PERFECTION, s. f. Je n'entreprends pas de présenter ici ce mot dans toutes ses acceptions; mais il me servira de texte pour indiquer succinctement quel est le mode de perfection dont seraient susceptibles l'homme dont l'étude est le sujet de la médecine, puis la science de l'homme elle-même dans chacune de ses branches, et ensuite cette science dans son ensemble.

J'ai dit ailleurs que la vie se concevait sous trois états: 1°. l'état *physiologique*, qui serait le beau idéal de la santé; 2°. l'état *hygiénique*, celui dans lequel nous sommes réellement placés, c'est-à-dire celui dans lequel nous sommes modifiés par tout ce qui exerce une influence quelconque sur notre corps; et 3°. enfin l'état *pathologique*, qui a lieu lorsque les agens internes ou externes ont acquis un tel degré de force qu'ils troublent l'exercice de l'économie, et lui substituent un autre mode d'existence que nous appelons *maladie*.

Cette manière d'envisager la vie, coordonne à l'instant toutes les branches de la médecine, comme aussi elle rapproche, par leurs vrais points de contact, des états du corps trop longtemps isolés les uns des autres, et, à la fin, regardés comme distincts.

Nous étudions le jeu de l'économie dans l'état que j'appelle physiologique, afin d'en mieux concevoir et déterminer la valeur, bien que cet état ne se rencontre pas plus dans l'organisme que le beau idéal des arts dans la nature; mais nous prenons les choses à ce point de perfection, pour avoir un type d'après lequel nous puissions sans cesse juger l'organisme, et apprécier les modifications qu'il reçoit des influences hygiéniques et morbifiques.

En effet, pour que la vie pût atteindre à ce degré de perfection, il faudrait que, par suite d'une organisation admirable, toutes les fonctions fussent dans une harmonie parfaite, s'exécutassent dans une corrélation constante, douce et ina-

perçue ; il faudrait que les masses dont se compose l'économie, se balançassent réciproquement, que les forces qui l'animent pussent s'équilibrer sans se nuire, et que les agens qui l'entourent, assez actifs pour solliciter sa vie, ne le fussent point assez pour en changer le mode.

Et encore cet état si parfait varierait-il comme les circonstances dans lesquelles on l'envisagerait ; il différerait sans doute chez l'enfant de ce qu'il serait chez l'adulte ; chez celui-ci, de ce que nous le verrions chez la femme ; mais, dans tous, au moins il ne laisserait plus apercevoir ces prépondérances relatives de certains appareils ou des organes sous lesquels l'aspect général de la santé semble disparaître chez nous.

Si la vie, étudiée dans ce point de perfection, est le but de la physiologie, l'hygiène est là pour noter les modifications que lui impriment les puissances au milieu desquelles nous sommes placés. C'est elle qui tient compte à l'organisme des effets que produisent sur lui les climats, le régime, l'exercice général ou partiel, le genre de vie, les passions de l'âme, etc. ; c'est elle aussi qui apprend à se servir de ces agens pour rétablir l'équilibre dérangé, solliciter des pondérances opposées, ranimer des actions organiques trop faibles, imprimer à certains appareils une vie proportionnément plus active ; c'est l'hygiène enfin qui, au moyen de ces forces utilement opposées les unes aux autres, constitue en quelque sorte une existence nouvelle et comme factice.

L'art de manier ces instrumens permet donc encore de conduire quelquefois la vie hygiénique au point de perfection qu'elle est susceptible d'atteindre ; mais, pour cela, il faut moins faire consister l'hygiène dans l'étude stérile des agens, que dans l'état réel de l'organisme sous l'influence de ces mêmes agens ; méthode inverse de celle qui a été suivie jusqu'à présent, et qui promet de véritables succès.

En observant les dégradations que subit l'économie en passant de l'état physiologique à l'état hygiénique, on est conduit à ne plus regarder l'état pathologique que comme une modification plus profonde, due, ou à l'action de causes plus intenses, ou à une continuité plus grande d'action des mêmes causes. Dès-lors l'état morbide, au lieu de former un tableau isolé de l'économie, n'est plus qu'une modification nouvelle sous laquelle elle se présente, une modification plus profonde qu'elle reçoit.

Mais où est, quant à cette branche de la médecine, la perfection? Je n'oserais le décider.

En effet, la doctrine médicale proprement dite, c'est-à-dire l'histoire de l'organisme malade, a subi tant de variations qu'à peine savons-nous encore quel doit être le point de dé-

part, et quelle philosophie il convient d'employer pour explorer, grouper et traiter les maladies.

Il n'est pas une époque où un système venant à être généralement adopté, on n'ait cru avoir saisi la vraie théorie médicale, et découvert à la médecine pratique une base invariable. Boerrhaave, avec ses lois physico-chimiques, sous lesquelles il faisait disparaître l'économie au lieu de l'expliquer, ne doutait pas sans doute, et ses disciples encore moins, que la théorie de la science ne fût enfin portée à la perfection, que son exercice ne fût sur le point de devenir l'application simple de données positives. Quelques années à peine ont passé sur la doctrine de l'école de Leyde, et déjà depuis longtemps elle n'est plus comptée que parmi les hypothèses dont la raison a fait justice.

Faut-il s'étonner de ces variations continuelles dans la théorie d'une science qui a pour bases les lois mobiles et difficilement appréciables de l'organisme vivant, dans un siècle où l'on est témoin des subversions que la chimie a coup-sur coup éprouvées depuis quinze ans? Les renversemens successifs de ces lois, en apparence si positives, et dans la certitude desquelles se complaisait si sincèrement Fourcroy, m'ont jeté, je l'avoue, à l'égard des théories des sciences naturelles, dans un septicisme bien prononcé, et presque dans l'indifférence.

On conçoit toutefois que la perfection pour la médecine pratique consisterait dans un accord parfait entre l'observation qui note les phénomènes apparens des maladies, l'anatomie pathologique qui, d'après ces renseignemens, établirait le siége du mal, sa nature et son degré, et enfin l'expérience qui, s'appuyant sur les lois physiologiques, et mettant à profit les tentatives faites pour ramener le corps, de l'état où il se présente maintenant, à l'état sain, préciserait les indications et les agens propres à les remplir; mais cet admirable concours n'est malheureusement jusqu'ici qu'un beau rêve; et après avoir, pendant vingt siècles, donné une valeur, trop positive peut-être, aux symptômes des maladies, nous sommes menacés, à ce qu'il paraît, de ne plus leur accorder l'importance qu'ils méritent.

Et si, à ces difficultés nées de la science elle-même, nous joignons celles qui tiennent à son application individuelle, combien serons-nous plus éloignés encore de cette perfection si désirable! Car, il faut l'avouer, près du malade, les lois générales de la médecine, les inductions sorties de sa théorie se taisent presque entièrement pour faire place au tact particulier du praticien, à son génie propre, je dirais presque, et peut-être avec plus de raison, à son instinct naturel. L'exercice de la médecine demande réellement un sentiment parti-

culier, un tact involontaire, un talent d'appréciation, comme indépendant du raisonnement : aussi est-il vrai que l'on naît en quelque sorte médecin, et que l'exercice peut bien perfectionner le tact en médecine, mais ne le donne pas.

Ceci me conduirait à examiner où siége la perfection individuelle, dans quelle époque de la vie, dans quelles circonstances données de la vie du médecin on peut la rencontrer; mais la solution de ces problèmes, individuelle comme la question elle-même, se trouve où chacun la sent et la place, et non dans ce que l'on peut écrire à ce sujet.

Bornons-nous donc en terminant à faire des vœux pour que les principes généraux de la science deviennent de plus en plus clairs, peu nombreux et faciles à comprendre, afin qu'ils puissent plus communément seconder les vues propres à chacun des hommes destinés à en faire l'application journalière.

Ainsi la médecine marchera à la perfection par la double voie de la clarté de ses méthodes, et de la facilité plus grande offerte à chacun de ceux qui l'exercent, de les identifier à leur manière propre de sentir. (J. B. NACQUART)

PERFORANT, adj., *perforans*, qui perce. On nomme ainsi les tendons de certains muscles désignés sous le nom de *perforés*. On a désigné par cette épithète le fléchisseur digital profond (cubito-phalangettien commun, Ch.), et le long fléchisseur commun des orteils (tibio-phalangettien commun, Ch.). Cowper et Douglas regardaient, comme une portion du perforant, l'accessoire du long fléchisseur commun, et Winslow ne l'appelle que l'*accessoire du perforant*.

On a aussi donné le nom de perforant à plusieurs rameaux artériels : 1°. à la main, à ceux qui traversent les muscles interosseux, et qui sont fournis par la palmaire profonde; 2°. à la cuisse, à trois ou quatre rameaux que donne la profonde, division considérable de la crurale, et qui traversent le grand adducteur; 3°. au pied, aux rameaux supérieurs et antérieurs de l'arcade plantaire. (F. V. M.)

PERFORATIF, adj., *perforativus*, qui perce. On donne ce nom à une espèce de trépan, ainsi appelé, parce qu'il n'a pour usage que de percer. Cet instrument consiste en une tige d'acier très-poli, perpendiculaire, de différentes formes, surmontée d'une plaque taillée à pans, et terminée par une pointe quadrangulaire, de sorte qu'elle pique et qu'elle coupe en même temps (*Voyez* TRÉPAN). Lorsque, dans une nécrose des os du crâne, la pièce d'os à séparer a beaucoup d'épaisseur, on conseille, pour en faciliter la séparation, de pratiquer à l'os un nombre d'ouvertures plus ou moins grand avec le trépan perforatif; mais, par ce procédé, les bourgeons charnus qui naissent de la partie vivante de l'os, pénètrent par les trous

que l'on a faits, recouvrent l'os malade, et s'opposent à la facile extraction de la partie morte. Nous avons vu deux cas où le trépan perforatif a obtenu un grand succès. Deux malades avaient une nécrose d'une portion de pariétal : soupçonnant que la nécrose occupait toute l'épaisseur de l'os, le chirurgien voulut s'en assurer en appliquant le trépan perforatif : la sciure était blanche ; ce qui prouvait que l'os était mort dans toute son épaisseur. On parvint jusqu'à la dure-mère, et aussitôt il jaillit un filet de pus : il s'en écoula une assez grande quantité, qui était rassemblé entre la dure-mère et le pariétal. *Voyez* HYPOCRANE. (M. P.)

PERFORATION, s. f. On doit comprendre sous cette dénomination générique toutes les ouvertures pratiquées dans les différens tissus qui composent le corps humain, soit par l'art comme moyen thérapeutique, soit accidentellement et par lésion externe, soit aussi morbifiquement et par cause interne. On voit combien ce sujet serait vaste si nous devions l'embrasser tout entier ; mais nous mettrons autant de soin à éviter les répétitions que d'attention à ne point anticiper sur ce qui doit être dit ailleurs. Ainsi, nous ne parlerons ni des différentes opérations qui consistent à ouvrir à travers nos parties une issue aux corps étrangers dont la présence est nuisible, ni à rétablir un conduit oblitéré, tel que le canal nasal, le conduit de Sténon, etc. ; le lecteur y suppléera aisément, et pourra recourir aux articles *fistule lacrymale*, *salivaire*, *hydrocèle*, *paracentèse*, *surdité*, *trépan*, etc., etc. Nous passerons rapidement sur les perforations morbides des os, de la cloison des oreillettes et des ventricules du cœur, des vaisseaux et des intestins ; nous nous bornerons à traiter en détail des perforations de l'estomac, parce qu'elles sont beaucoup plus communes que les maladies que nous venons d'indiquer, et qu'elles méritent par leur gravité, et leur terminaison presque toujours funeste, qu'on en fasse l'objet des recherches les plus attentives.

Les os du crâne, les vertèbres, le sternum, les côtes, l'os coxal, le fémur, etc., offrent de nombreux exemples de perforations et d'érosions. L'action lente, mais longtemps continuée d'une tumeur fongueuse, d'un anévrysme, etc., détermine tous ces degrés d'altérations, depuis la simple érosion jusqu'à la perforation complette. Dans quelques cas, les os ne sont que sillonnés, ou ne présentent que des aspérités, tandis que, dans d'autres, ils perdent tout à fait leur forme et leur consistance. *Voyez* ANÉVRYSME, CARIE, NÉCROSE, SUPPURATION, etc.

Pour ne point multiplier les exemples de perforation de la cloison des ventricules, nous nous bornerons à en citer un seul, que nous emprunterons à l'excellent ouvrage de M. Corvisart sur les maladies du cœur. Un enfant de douze ans, af-

fecté d'une lésion organique du cœur, fut admis à la clinique de la Charité, où il mourut cinq jours après y être entré. A l'ouverture de la poitrine, on trouva la cloison des ventricules, à l'endroit de la naissance de l'artère pulmonaire, percée d'une ouverture ronde, qui pouvait admettre l'extrémité du petit doigt. Cette ouverture communiquait directement avec la cavité du ventricule gauche, les bords en étaient lisses et blanchâtres dans toute leur étendue. On apercevait, à la partie supérieure du pourtour de ce trou, deux petits tubercules charnus de couleur rougeâtre. La valvule semi-lunaire aortique, audessous de laquelle se trouvait la perforation, était corrodée et en partie détruite. Voici comment le savant auteur que nous avons cité explique la formation de ces désordres. « Au nombre des causes générales, on doit placer, même dans le fœtus, les humeurs morbifiques, les divers virus qui ont une influence singulière sur le développement des maladies organiques. Prenons pour exemple les dartres, soit vives, soit pustuleuses, soit rongeantes, etc., que l'on attribue avec raison, je crois, à une acrimonie particulière; que cette humeur dartreuse aille du dehors en dedans se déposer sur un viscère jusqu'alors sain, elle deviendra bientôt cause d'une affection organique. Comment pourrait-on expliquer autrement ces engorgemens, ces squirres intérieurs, manifestement dus à une humeur morbifique quelconque répercutée, et devenue ainsi le germe d'une maladie organique? A quelle autre cause pourrait-on attribuer le développement des nombreuses désorganisations du cœur, l'érosion de la surface intérieure des viscères, des tuniques vasculaires, les taches singulières de leurs membranes internes, l'érosion de la tunique interne des intestins dans certaines fièvres, etc., suites plus que probables de la répercussion, de la métastase, ou du séjour d'une humeur âcre, inconnue, ou bien bilieuse, psorique, dartreuse, vénérienne, etc. » Telle fut aussi l'opinion de Th. Bartholin, de Bonnet, de Stalpart Van der Wiel, Salmuth, et autres observateurs; nous tâcherons de réduire à leur juste valeur les explications qu'ils nous ont données des différens phénomènes d'érosion, et nous verrons, par l'examen des faits que nous allons rapporter, si ces auteurs n'ont pas pris l'effet pour la cause.

Des observations nombreuses et authentiques établissent la fréquence des perforations de l'estomac et des intestins par les vers lombrics. Jean Muralt a trouvé sur le cadavre d'un soldat le duodénum perforé en deux endroits. Georges Wolfgang Wedel a vu les intestins, et surtout le colon perforés par des lombrics chez une petite fille de neuf ans, et Lazare Rivière rapporte un cas dans lequel des vers avaient perforé les intestins, le foie et le cœur. Le nouveau Journal de médecine, ca-

hier de juin 1819, en contient plusieurs observations que nous allons rapporter textuellement. « Un homme de cinquante ans, dont les digestions étaient habituellement mauvaises, éprouva les symptômes de l'iléus, et succomba le lendemain. A l'ouverture du cadavre, on trouva plus de soixante vers lombricoïdes dans l'estomac, *dont les parois étaient percées en cent endroits.*

» Un garçon, âgé de huit ans, sujet aux indigestions et à la diarrhée, fut pris le matin à jeun d'un vomissement de mucosités fétides, suivi de coma, avec pâleur et bouffissure de la face, impossibilité d'avaler, et une faiblesse extrême du pouls. Il mourut le lendemain. L'abdomen renfermait plus de quatre-vingts ascarides lombricoïdes, dont plusieurs avaient percé l'estomac, et se trouvaient disséminés sur la masse intestinale. »

« Un couvreur, âgé de trente ans, parut être, pendant deux jours, dans un état d'ivresse gaie sans avoir bu ; le troisième jour, la conjonctive était injectée, les mouvemens de la langue difficiles, les membres tremblans et le pouls fort ; le quatrième jour, convulsions, état apoplectique, soubresauts des tendons, pouls tumultueux : mort dans la nuit. L'abdomen renfermait plus de soixante-dix ascarides lombricoïdes. Cinq de ces vers s'étaient frayé une voie dans la cavité péritonéale; vingt-deux étaient contenus dans l'estomac, et quarante-sept dans les intestins. »

Nous ne parlerons pas des perforations de la vessie, pour ne point anticiper sur ce qui doit être dit des différentes affections de cet organe, et nous passerons de suite aux perforations de l'estomac. Pour éclairer autant que possible ce sujet intéressant, et tirer des faits des inductions utiles à la pratique, nous choisirons les observations les plus exactes et les plus curieuses, que nous présenterons dans l'ordre suivant : 1°. perforations par cause externe ; 2°. perforations gangréneuses, à la suite d'inflammation aiguë, de squirre ou de cancer, ou déterminées par un vomitif ; 3°. perforations spontanées ; ou par érosion. Nous terminerons par quelques considérations médico-légales sur ce dernier accident.

On trouve dans les recueils d'observations, et notamment dans celles qui sont rapportées par Planque (tom. I, pag. 152, et tome II, page 264), beaucoup d'exemples de corps étrangers avalés, tels que couteaux, arêtes de poisson, aiguilles, etc., lesquels, après avoir traversé les membranes de l'estomac, ont été extraits, soit par l'ouverture de dépôts formés dans les parois de l'abdomen, soit par la gastrotomie. Les plaies de l'estomac sont toujours dangereuses, mais elle ne sont pas constamment mortelles, et les exemples suivans prouveront combien on peut compter sur les ressources de la nature.

Schenckius (lib. III, obs. 1) rapporte qu'un paysan bohémien eut l'estomac ouvert à la chasse par un coup de *venabulum*, ou épieu très-large. La plaie de l'estomac resta fistuleuse et contracta des adhérences avec les parties voisines. Les alimens sortaient quand le paysan voulait, et il nétoyait même son estomac avec un linge fixé au bout d'un bâton flexible. Il vécut longtemps. Ce fait a été cité par Cornax, qui le tenait de l'empereur d'Autriche qui avait connu le paysan. Jules Alexandrin en fait aussi mention.

Parmi les nombreuses observations rapportées par Hevin dans les Mémoires de l'académie de chirurgie, la suivante, fournie, par Coghlan, nous a paru remarquable (*Voyez* tom. I, pag. 591 et suiv.). Un homme, après avoir reçu un coup d'épée dans l'estomac, rendit à diverses reprises plus de douze livres de sang, tant par le vomissement que par les selles, et n'en guérit pas moins en fort peu de temps.

Auguste Wenker publia, en 1735, à Strasbourg, l'observation d'une femme qui, depuis vingt-trois ans, avait l'estomac percé, et rendait les alimens par une fistule à l'épigastre.

Parmi les faits curieux de perforation de l'estomac, consignés dans le troisième volume du Journal de médecine, chirurgie et pharmacie, pag. 510, il en est un qui nous est propre, et que nous allons rapporter. Maillot, lieutenant d'infanterie, reçut à la première affaire de Kayserslautern, sous le commandement du général Hoche, un coup de fusil, dont la balle, après avoir percé le baudrier de cuir, les habits, un bonnet de police placé sous la veste, et les tégumens, glissa à côté du cartilage xiphoïde, d'où elle fut extraite. Il survint de grands accidens; l'estomac s'enflamma, et, pendant près d'un mois, on désespéra de la vie du blessé, qui ne cessa, durant cette période dangereuse, d'être tourmenté par le hoquet et des vomissemens convulsifs. Enfin le calme s'établit, et il se détacha une escarre profonde, dans laquelle était comprise une portion de l'estomac. Ce viscère avait contracté des adhérences avec les parois du bas-ventre, malgré les secousses terribles dont il avait été continuellement agité. L'ulcère qui pénétrait dans la poitrine avait, cinq mois après la blessure, la largeur d'une pièce de quinze sous; il était rond, et ses bords étaient revêtus d'une callosité luisante et violette.

Cet officier s'était avisé par hasard de boucher le trou fistuleux avec un gland de chêne qu'il passait à travers une lame de carton, sur laquelle il le fixait; dans la suite il se fit luimême un obturateur plus régulier avec du liége qu'il trempait dans un mélange chaud de cire jaune et de poix-résine. Au moyen de cet instrument qu'il renouvelait souvent, et dont il était parvenu à supporter sans douleur l'application, il bouchait assez exactement l'estomac. Lorsque, pour satisfaire

un curieux, il enlevait l'obturateur, peu de temps après avoir pris des alimens, ceux-ci s'échappaient aussitôt avec bruit et beaucoup de bulles d'air. Je lui ai vu rendre aussi quelques verres de bière qu'il venait de prendre par complaisance pour moi, et pour mieux me faire voir son infirmité.

On pouvait, à travers l'ouverture fistuleuse, examiner l'intérieur de l'estomac, lequel était d'un rouge très-vif et plissé dans tous les sens; on y remarquait parfois une sorte d'ondulation que l'accès de l'air froid semblait augmenter. Chaque fois que cet officier faisait un mouvement de déglutition, une bougie allumée, tenue près du trou fistuleux, était sensiblement agitée, et elle s'éteignait à chaque gorgée d'alimens ou de boissons qu'il avalait. Le contact des uns et des autres augmentait les corrugations et le mouvemeut ondulatoire de l'estomac. On ne pouvait apercevoir le pylore.

On trouve dans le recueil des thèses chirurgicales de Haller l'observation d'un ulcère fistuleux de l'estomac, à travers lequel les alimens sortirent pendant vingt-sept ans : nous nous bornons à l'indiquer, et nous terminerons l'exposition des cas de perforation de l'estomac dont l'issue n'a pas été funeste, par l'analyse du fait suivant emprunté au journal cité plus haut. Madeleine Goré tomba rudement à l'âge de vingt ans sur le seuil en pierre d'une porte. La partie antérieure et inférieure gauche du thorax et de l'épigastre reçut le choc, qui fut si violent, que cette jeune personne resta sans connaissance pendant trois quarts d'heure. Les moyens qu'on employa ne purent faire disparaître la douleur qui persista pendant dix-huit ans. Cette fille ne pouvait marcher que courbée, lorsqu'à cette époque il se manifesta une tumeur oblongue d'un pouce d'étendue, qui s'abcéda le vingt-unième jour après son apparition, et laissa échapper environ deux pintes de liquide: l'orifice, qui pouvait à peine admettre l'extrémité du petit doigt, fut fermé avec de la charpie; le huitième mois, les alimens commencèrent à sortir par l'ouverture qui s'agrandit insensiblement, et sur laquelle on tenta vainement de placer un obturateur. Pendant huit ans qui suivirent la perforation de son estomac, Madeleine Goré fut contrainte par un malaise et une anxiété très-grande, de donner issue aux alimens quatre heures après leur ingestion; on remarqua qu'ils n'avaient presque pas changé de forme, et qu'ils exhalaient une odeur fade. La membrane interne de l'estomac s'avançait de trois ou quatre lignes hors de la fistule, et formait un bourrelet, à travers l'ouverture duquel se présentait un second repli formant un deuxième bourrelet, sur lesquels on remarquait une ondulation vermiculaire. Lorsque la malade voulait goûter un sommeil paisible, elle était obligée de donner issue à ses alimens, et de laver son estomac avec une ou deux pintes de liquide,

qu'on voyait sortir par l'orifice fistuleux avec la même promptitude qu'il avait été avalé. Elle mourut six mois après son entrée à l'hôpital : l'examen du cadavre présenta les phénomènes suivans : « l'ouverture fistuleuse située à la partie gauche antérieure et inférieure de la poitrine, s'avançait un peu dans l'épigastre, région où se trouvait le tiers de l'ouverture totale, dont les deux autres tiers étaient formés aux dépens des parois du thorax; sa forme était ovalaire de haut en bas, et de dedans en dehors. Le diamètre vertical avait dix-huit lignes depuis le cartilage de la septième côte, jusqu'à la hauteur de l'extrémité osseuse de la dixième, et le diamètre horizontal était de dix-huit lignes, à la hauteur de l'extrémité osseuse de la huitième côte, et de neuf lignes inférieurement à la hauteur de la dixième côte; les bords arrondis de l'ouverture avaient trois et quatre lignes d'épaisseur. L'épiderme arrivé au bord de la fistule semblait se replier ultérieurement, pour se continuer dans l'estomac, après avoir pris la couleur vermeille, comme cela a lieu au bord des lèvres et des orifices antérieurs des fosses nasales. Le cartilage de la septième côte était échancré de deux lignes de longueur, et de près d'une ligne de profondeur.

« Cette échancrure se trouvait au bord supérieur de l'ouverture, à une ligne de l'extrémité osseuse de la côte. Le cartilage de la huitième côte était en grande partie détruit, et ceux des neuvième et dixième côtes manquaient entièrement.

« La membrane péritonéale de l'estomac se continuait sans laisser apercevoir aucune trace d'union avec la portion du péritoine qui tapisse les parois de l'abdomen. L'estomac avait contracté avec ces parois une union si intime, qu'il y avait une véritable continuité des parois de l'estomac avec les parois de l'abdomen, sans aucun bourrelet ni traces d'union quelconque, par contiguité vers le bord de l'ouverture qui paraissait véritablement congénitale, tant les moyens d'union étaient insensibles.

« L'ouverture accidentelle de l'estomac était située sur la face antérieure de l'estomac, en s'étendant de haut en bas de la petite à la grande courbure. Depuis cette ouverture jusqu'au duodénum, l'estomac avait environ quatre travers de doigt de longueur, et présentait la même forme et le même calibre que le rectum d'un homme sain. De cette ouverture jusqu'au bord du grand cul-de-sac de l'estomac, il y avait près de huit travers de doigt de distance; du reste ce viscère avait la même forme qu'à l'ordinaire; son tissu, ses orifices cardiaque et pylorique ne différaient en rien de l'état naturel, non plus que l'œsophage et les parois des intestins. » Ce fut M. Clarion qui fit de nombreuses expériences sur la liqueur qui sortait tous les matins

par l'ouverture accidentelle de l'estomac de cette femme. *Voyez* SUC GASTRIQUE. »

Les perforations par la terminaison gangréneuse de l'estomac sont toujours mortelles ; mais elles pourraient être souvent prévenues, si, plus en garde contre la fréquence des gastrites, quelques praticiens ne les exaspéraient pas par des vomitifs et des toniques.

Nous ne manquons pas d'exemples de ces terribles accidens, et nous sentons le besoin d'en rapporter quelques-uns qui, épars dans les auteurs, y sont pour ainsi dire perdus, et dont l'importance et les utiles inductions qu'on peut en tirer ne peuvent manquer de contribuer puissamment à rendre ces terminaisons mortelles beaucoup moins communes. Bonnet, après avoir rapporté dans son *Sepulchretum* des observations intéressantes de perforations de l'estomac, avait déjà donné l'éveil aux praticiens, en indiquant la phlegmasie de ce viscère, comme la cause véritable de la fièvre maligne, et de l'accident qui fait l'objet de nos recherches. *Anatome eorum qui febre malignâ extincti sunt, docet ventriculum cum intestinis inflammari, undè ingens illa sitis, faucium ardor*, etc. Il cite le cas d'un jeune moine qui, ayant succombé à une violente fièvre continue, présenta à l'ouverture du cadavre l'estomac gangréné. *Juvenis monachus febre continuâ laborans siti inextinguibili tenebatur, in fundo ventriculi vestigium simile ab impresso cauterio actuali repertum cum escharra* (t. II, p. 22).

Le professeur Chaussier, qui a fait beaucoup de recherches sur le sujet qui nous occupe, a trouvé plusieurs fois l'estomac perforé chez des malades qui avaient succombé à des fièvres adynamiques. Le numéro dix des bulletins de la société de la faculté de médecine de l'année 1810, en contient un exemple, et nous savons qu'on a également trouvé plusieurs perforations à l'estomac d'une personne de Versailles, laquelle, traitée pour une fièvre adynamique, avait été gorgée de décoction de quina, de camphre et d'acétate d'ammoniaque. Il est bien évident, d'après les désordres observés sur les cadavres, que ces prétendues fièvres adynamiques n'étaient que des gastrites exaspérées par des vomitifs, et l'usage du quina et des autres toniques qu'on lui avait associés. Les accidens inflammatoires se sont étendus quelquefois jusqu'à l'œsophage.

Un jeune homme âgé de vingt-six ans, d'un tempérament sanguin, ressentit le 21 février 1786, à la région épigastrique et lombaire gauche, une douleur si vive, qu'elle lui interdisait tout mouvement. La flexion du corps en avant était la situation dans laquelle il souffrait le moins ; il se borna à des moyens simples, et garda le lit, en proie à une agitation extrême, mais exempt de fièvre. Ce ne fut que le vingt-troisième jour après l'invasion de la maladie, qu'il éprouva beaucoup de

fièvre et d'agitation; il fut saigné plusieurs fois, et on lui donna de l'eau de veau et du petit-lait pour boisson. La saignée fut réiterée le jour suivant. Un lavement purgatif provoqua plusieurs évacuations alvines qui semblèrent amener une détente favorable. Le 26, les douleurs augmentèrent par degrés, le visage devint fort rouge, et les yeux étincelans. Le 27, la respiration étant devenue très-pénible, on fit au malade deux saignées au bras. Le soir, le délire survint, et les douleurs, qui avaient presque toujours augmenté d'intensité, cessèrent presque subitement, le ventre s'affaissa, le pouls devint faible et intermittent; le corps se couvrit de sueur; et le malade mourut dans la nuit du 28 au 29. A l'ouverture du cadavre, on trouva l'estomac percé dans son cul-de-sac près de son fond, sur la surface antérieure et supérieure. La perforation avait environ deux pouces et demi de diamètre, les bords en étaient amincis, un peu dentelés et noirs. L'inflammation paraissait n'avoir occupé qu'un point de l'organe. Les matières sorties par l'ouverture étaient couleur de lie de vin; elles étaient en petite quantité, n'avaient que peu d'odeur et paraissaient acides; elles étaient restées autour de l'estomac et ne s'étaient pas épanchées sur les intestins (*Mémoires de la soc. roy. de méd.*, année 1786, pag. 153).

Après avoir présenté plusieurs exemples de perforation à la suite de gastrites intenses terminées par gangrène, nous allons faire voir que ce funeste accident est aussi la terminaison des squirres au pylore et des cancers de l'estomac. Les mémoires de la société royale de médecine en fournissent un cas bien remarquable publié par Geoffroy. Une femme âgée de quarante ans était depuis trois ans sujette à des vomissemens fréquens, et portait près du pylore une tumeur dure et rénitente. A l'issue de son diner, elle se trouva mal en montant un escalier, et mourut huit heures après cet accident, malgré tous les soins qu'on lui prodigua. A l'ouverture du cadavre, l'abdomen se trouva rempli d'alimens et de boisson. Il s'était formé dans le voisinage du pylore devenu squirreux, et presque cartilagineux, une suppuration qui l'avait détruit en partie, de manière qu'il n'était plus recouvert que par une pellicule mince qui n'avait pu résister ni au poids des alimens, ni aux efforts que la malade avait dû faire pour monter l'escalier.

L'amiral Wassenaer mourut d'un épanchement dans la cavité thoracique, à la suite d'une perforation de l'œsophage causée par un ulcère dont l'existence n'avait pas été soupçonnée. Un homme sujet depuis dix ans à de fréquens vomissemens, était réduit au dernier degré de marasme, lorsqu'il fut saisi tout à coup d'une douleur très-aiguë à l'épigastre, à la violence de laquelle il succomba au bout de dix-huit heures.

On trouva à la face antérieure de l'estomac, à un pouce à peu près de la petite courbure, et à deux pouces de l'orifice du pylore, une ouverture large de deux à trois lignes, dont les bords étaient sphacélés, durs et rougeâtres, et à travers laquelle les boissons avaient fait irruption dans le bas-ventre. Le pylore était squirreux. On avait remarqué que le malade ne rejetait jamais les alimens, lorsqu'il vomissait, mais seulement de la bile, et une espèce de phlegmes. Les vomissemens cessèrent aussitôt que la perforation eut lieu, et on ne put pas même obtenir cet effet d'un vomitif qu'un ami lui avait administré dans le moment où la vive douleur à l'épigastre s'était fait sentir (Gérard, *Perfor. de l'estom.*). Whitt, dans son Traité des maladies nerveuses, rapporte qu'un homme en proie depuis plusieurs années à des maux d'estomac, rendait fréquemment des matières noirâtres par le vomissement, lorsqu'il fut pris tout à coup d'une douleur très-aiguë audessous des fausses côtes du côté gauche, à laquelle il ne survécut que trois heures. A l'ouverture du cadavre, on trouva plusieurs ulcérations et crevasses aux membranes de l'estomac, devenues épaisses et squirreuses. On remarquait près de son fond une ouverture de la largeur d'une pièce de vingt quatre sous, à travers laquelle les liquides s'étaient épanchés dans le bas-ventre.

On a généralement observé, dans les perforations de l'estomac par terminaison gangréneuse, que la membrane muqueuse était toujours détruite dans une plus grande étendue que la musculeuse, et que la membrane péritonéale n'avait été percée que la dernière, et toujours dans le centre de l'altération. La face correspondante à la perforation a été souvent trouvée recouverte d'une escarre molle, noirâtre, qui s'étendait à toute l'épaisseur de la membrane muqueuse. Quelquefois des adhérences se forment avec les parties voisines, et la maladie n'est pas aussi promptement mortelle, comme on peut en juger par l'observation suivante. Un homme âgé de quarante-sept ans, habitué depuis son enfance à boire de l'eau-de-vie le matin à jeun, mourut à la Charité d'un cancer à l'estomac. On trouva la partie moyenne de la face antérieure de ce viscère, appliquée au foie, auquel elle adhérait fortement, ainsi qu'à la région voisine du diaphragme. Ces adhérences ayant été détruites avec un scalpel, on vit un cancer de vingt centimètres (sept pouces quatre lignes onze seizièmes) de circonférence, qui avait détruit les parois de l'estomac, et qui se prolongeait davantage encore à la face interne de ce viscère, dont les parois avaient en cet endroit au moins huit lignes d'épaisseur. Le diaphragme, dur et calleux à l'endroit de l'adhérence et à sa face inférieure seulement, tenait lieu de la portion d'estomac rongée par le cancer. Les deux orifices cardiaque et pylorique étaient sains, et les auteurs de l'observation font remarquer

que c'est à cet état qu'il faut rapporter l'absence des vomissemens pendant le cours de la maladie, et ils infèrent, d'après les faits nombreux qui leur sont propres, qu'il n'y a de vomissemens dans les affections squirreuses, carcinomateuses et cancéreuses de l'estomac, que dans le cas seulement où l'orifice pylorique est lui-même le siége principal de la maladie, ou que l'obstacle est dans le duodénum très-près du pylore; ils ont également noté que la constipation existe presque toujours quand il y a des vomissemens.

On a rapporté, dans le tome XVI du Journal de médecine, chirurgie, pharmacie, etc., pag. 25, une observation de perforation simultanée de l'estomac et du diaphragme, par la gangrène, sur un sujet mort des suites d'une blessure à la tête, causée par une chute à la renverse. A l'ouverture de la cavité thoracique, nous ne fûmes pas peu surpris de trouver du côté gauche une assez grande quantité de bouillon; je pensai d'abord (c'est M. le docteur Lorrey, auteur de l'observation, qui parle) que nous nous étions trompés, et que ce liquide n'était que de la sérosité dans laquelle nageaient quelques molécules graisseuses que la chaleur du cadavre tenait liquéfiées; mais quel fut notre étonnement lorsque, portant la main pour soulever le lobe gauche du poumon par sa partie inférieure, on pénétra dans la cavité abdominale à travers le diaphragme. Ayant donné issue au liquide, nous vîmes ce muscle gangréné et détruit dans une étendue d'environ trois pouces de diamètre. Le fond de l'estomac, qui correspondait à cette ouverture, était détruit en totalité. La rate participait à ce désordre; elle était, ainsi que le lobe gauche du poumon, d'un rouge violet foncé, voisin de la gangrène.

Le fait suivant est extrait de l'observation de M. le docteur Bellot d'Abbeville, insérée dans le même recueil. Un homme âgé de quarante-cinq ans se plaignait depuis dix ans de maux d'estomac, qui ne se faisaient sentir que par intervalles. Il était, depuis trois ans, sujet à des vomissemens en quelque sorte périodiques, mais toujours suivis d'un soulagement notable, et accompagnés de constipation. La pression sur la région épigastrique ne causait aucune douleur, et la main n'y rencontrait aucune dureté : le malade seulement croyait sentir une boule qui roulait dans son estomac, chaque fois qu'il se couchait sur l'un ou l'autre côté. L'année s'était écoulée sans que cet homme souffrît plus que de coutume, et il avait même, pendant quatre à cinq mois, éprouvé une rémission complette de tous les symptômes; mais ceux-ci se renouvelèrent ensuite avec plus d'intensité que jamais, et les vomissemens eurent lieu tous les jours huit à dix heures après avoir mangé; il ne rendait que de l'eau âcre et de la bile, et jamais d'alimens. Le laudanum

et l'extrait gommeux d'opium firent cesser pendant quelques jours les spasmes et le vomissement; mais celui-ci reparut bientôt pour se supprimer encore, au point de ne pouvoir plus être provoqué par une dose assez forte d'ipécacuanha, conseillé par un ami présent, lorsque le malade, en proie à des douleurs atroces, demandait du secours ou la mort, et avait fait de vains efforts pour obtenir les vomissemens, dont il espérait du soulagement. La région épigastrique était si douloureuse, que la plus légère pression exaspérait tous les accidens. Une potion huileuse et anodine, prise à cinq heures du matin, donna du calme jusqu'à midi. A cette époque, les douleurs devinrent plus fortes et plus intolérables; le malade était couché sur le côté droit, dans une situation courbée qu'il n'osait quitter, et qu'il garda jusqu'à quatre heures du soir, où la mort vint terminer sa cruelle agonie. Voici ce qu'on remarqua à l'ouverture du cadavre : L'abdomen, qui avait été constamment déprimé pendant la vie, était élevé; l'épiploon était fort émacié; les intestins, très-colorés, étaient enduits à leur surface d'une sorte de purée grisâtre, que l'on pouvait comparer à une dissolution trouble d'ipécacuanha par l'eau.

Une grande quantité d'eau ayant l'aspect huileux était épanchée dans l'abdomen. L'estomac, très-décoloré, n'avait que le volume ordinaire. On remarqua à sa face antérieure, à un pouce à peu près de sa petite courbure, et à deux pouces de l'orifice du pylore, une ouverture large de deux à trois lignes, dont les bords étaient sphacélés, livides et rougeâtres.

L'orifice du pylore était libre, et permettait l'introduction du petit doigt; mais les membranes de cette partie formaient, par leur épaississement, leur callosité et leur consistance graisseuse, une tumeur très-irrégulière, qui occupait tout le pourtour du pylore, et s'étendait antérieurement au-delà de l'ouverture dont il vient d'être parlé. Cette tumeur incisée présenta une substance très-blanche, adipeuse, et semblable à du lard.

Cette observation et celles qui la précèdent prouvent que la gangrène d'un des points des parois de l'estomac, est la terminaison aussi constante que funeste des maladies du pylore, et il est affligeant de penser qu'elle est pour ainsi dire inévitable. Nous avons vu que l'emploi des mucilagineux, des anodins, a bien suspendu pour un temps les symptômes les plus alarmans; mais le plus souvent la douleur a résisté à leur action, et a été en augmentant jusqu'à ce que la mort vînt y mettre un terme. Voici les phénomènes les plus remarquables qu'offre cette maladie arrivée au plus haut degré d'intensité, lesquels peuvent aussi se manifester dans toutes les vives inflammations de l'estomac, quelle que soit la cause qui leur ait donné naissance. Douleur aiguë, souvent atroce, et se faisant

ressentir tout à coup à l'épigastre; sentiment intérieur d'une lésion profonde et mortelle; résolution subite des forces; vomissement d'un liquide âcre, corrosif, de bile ou d'alimens; d'autres fois, simples efforts pour vomir, et cessation de cet acte, la perforation a lieu aussitôt que ce phénomène manque, lorsque la maladie n'a pas son siége au pylore; le pouls est petit, quelquefois dur, mais toujours très-accéléré; la décomposition des traits de la face lui donne bientôt ce caractère qu'on nomme grippé; inefficacité de tous les calmans et de tous les moyens thérapeutiques; mort dans les vingt-quatre heures; tuméfaction du ventre après la mort, si elle n'a pas lieu avant.

Quand les principaux phénomènes que nous venons de décrire se montrent isolés ou réunis, ils constituent une maladie presque toujours mortelle; mais plus ce pronostic est fâcheux, plus le praticien doit redoubler d'activité, pour tâcher, par les plus puissans révulsifs à l'extérieur, et les narcotiques à l'intérieur, d'arrêter la marche rapidement funeste de la maladie, et de faire avorter l'inflammation gangréneuse. C'est le cas de tout espérer de la nature, et de bien diriger ses efforts conservateurs. Nous avons rapporté plusieurs observations de perforations par cause externe, qui n'ont point eu une issue fatale, parce qu'il s'est établi des adhérences solides entre les bords de l'ouverture et les parties voisines; et quoique les cas où les perforations par cause interne n'ont pas été sur-le-champ mortelles soient encore très-rares, on n'en doit pas pour cela conclure que ces maladies funestes sont toujours audessus des ressources de l'art. Nous nous estimons heureux de pouvoir en rapporter un exemple authentique, afin de répandre sur ce sujet, si fécond en résultats, les douceurs de l'espérance, et n'en point faire un triste nécrologe.

Une jeune dame qui avait éprouvé dès son enfance de fréquens maux d'estomac, mourut des suites d'une fièvre continue. A l'ouverture du cadavre, on trouva à la partie supérieure et antérieure du *gaster* un trou ovale d'un pouce et demi de diamètre, dont la circonférence calleuse semblait découpée en franges, et dont l'orifice se trouvait bouché par la partie concave du petit lobe du foie; la membrane péritonéale de ce petit lobe avait aussi contracté de fortes adhérences, et simulait parfaitement la membrane veloutée de l'estomac. Le docteur Courtial, médecin de Toulouse, auquel nous empruntons cette observation, pensait que ce trou s'était fait par accident dans le ventricule de cette dame lorsqu'elle était encore enfant, et que ce fut alors sans doute que, par quelque matière fort âcre, ou par quelque corps étranger, il s'était fait en cet endroit un ulcère qui s'était ensuite cicatrisé. Le même auteur a trouvé le jéjunum percé vers sa fin, d'une ouverture de trois grands travers de doigt, et il observa que l'é-

piploon s'était collé sur cette fente, et y était même devenu calleux. Il est probable qu'une perforation de l'estomac qui surviendrait à la suite d'une hernie étranglée de ce viscère, pourrait ne pas être mortelle, si des adhérences pouvaient s'établir avec les parties voisines, et que le sujet ne fût pas trop affaibli par les accidens auxquels il se serait trouvé en proie.

Des alimens ingérés ont souvent déterminé des perforations de l'estomac, soit par leur quantité, soit par une modification particulière dans leur nature. Un enfant mourut trois heures après avoir mangé du raisin avec excès, et, à l'ouverture de son cadavre, on trouva l'estomac perforé dans un point. Ne pourrait-on pas plutôt rapporter le cas cité par Rhodius, cent. II, obs. 53, à une déchirure semblable à celles qui se remarquent quelquefois sur les bestiaux qui ont mangé des herbes mouillées. Le fait suivant nous paraît dû à la même cause.

Une fille de quinze ans éprouve, après avoir mangé dix-huit prunes de damas, une violente douleur à l'estomac et une augmentation considérable du bas-ventre : la mort survient dix heures après. A l'ouverture du cadavre, on trouva l'abdomen distendu par une grande quantité de gaz, et le côté gauche de l'estomac présentant une perforation de la grosseur du petit doigt (*Ephém. des cur. de la nat.*). M. le professeur Marjolin a trouvé une perforation de l'estomac sur un jeune homme qui, ayant très-chaud, et voulant étancher une soif ardente, but avidement un verre de bière très-fraîche. Nous croyons pouvoir rapporter à la boisson de l'eau glacée, après une marche pénible au soleil, la mort dont plusieurs soldats du régiment de la Tour d'Auvergne furent inopinément frappés en Calabre. L'absence de toute espèce d'affection morbide antérieure, et l'énorme distension du bas-ventre immédiatement après cet accident, que nous n'avons jamais osé constater par l'ouverture du cadavre, à cause des temps et des lieux, et de peur aussi que cette recherche n'eût une influence fâcheuse sur le moral de nos soldats, donnent, avec les faits déjà connus, un degré de certitude à notre supposition.

Nous allons examiner maintenant les perforations qui, arrivant tout à coup, et surprenant pour ainsi dire les individus au milieu de la plus parfaite santé, ont reçu le nom de *spontanées*. Il nous paraît de la plus haute importance de rassembler sur ce sujet aussi neuf qu'intéressant, des faits nombreux et variés, afin d'y répandre le plus grand jour possible, et de fixer l'attention des praticiens sur ce terrible accident, contre lequel les ressources de l'art se sont montrées d'une impuissance d'autant plus affligeante, que rien ne l'annonçant, et ne le faisant même pas soupçonner, on n'a pu jusqu'alors lui opposer une thérapeutique efficace. On doit être d'autant plus sur ses gardes, que l'on sait qu'il est peu d'organes, dans le

corps humain, plus soumis à l'influence des causes morbides, que l'estomac. La sensibilité dont il jouit, l'importance de ses fonctions, si souvent en activité et si facilement troublées; ses nombreuses sympathies: tout concourt à en déranger l'action, et souvent le mal naît et s'y développe sans que le malade en ait éprouvé quelque signe avant-coureur, et sans que les symptômes caractéristiques d'une affection si promptement mortelle, aient même pu éveiller l'attention du médecin.

Un homme âgé de trente ans, grand, sec et pâle, mais jouissant d'une bonne santé, n'avait mangé dans la matinée que quelques onces de pain et bu un peu de vin mêlé d'eau, lorsqu'il fut saisi tout à coup d'une douleur atroce qui le forçait de se tenir courbé jusqu'à terre, et de comprimer fortement son ventre avec ses bras, pour éprouver un peu de soulagement. Il se coucha en travers sur son lit, et rejeta par le vomissement les alimens qu'il avait pris le matin. Les muscles du bas-ventre étaient si contractés, que la paroi antérieure de cette cavité paraissait collée au rachis. La mort mit un terme à tant de douleurs, douze heures après leur première invasion. On trouva à la petite courbure de l'estomac, à un pouce environ du pylore, un trou du diamètre d'une ligne et demie, arrondi comme s'il eût été fait avec un emporte-pièce; ce trou, à travers lequel les boissons s'étaient épanchées dans l'abdomen, était environné d'un cercle rouge, de la largeur d'un quart de ligne (Gérard, *Perfor. de l'estom.*).

Une petite fille de quatre à cinq ans se plaignait depuis deux ou trois semaines de douleurs à l'estomac et au bas-ventre; on en attribuait la cause à la présence des vers, lorsqu'elle mourut tout à coup agitée de convulsions. On trouva à la partie inférieure de l'estomac une ouverture de trois pouces, dont les bords semblaient réduits en une substance putride et sanieuse. On n'y voyait aucune trace d'inflammation (*Journ. de méd.*, ann. 1786).

L'observation suivante a été recueillie par M. John Crampton, professeur de matière médicale à Dublin. Une dame en proie depuis longtemps à des maux d'estomac ressentit tout à coup, à deux heures après midi, une douleur atroce qui semblait naître du scrobicule du cœur, et s'étendait aux hypocondres, au dos et jusqu'aux épaules. Les muscles abdominaux étaient contractés spasmodiquement, le bas-ventre dur, mais non gonflé; le pouls n'était pas accéléré, la langue était nette, et la malade n'éprouvait aucune envie de vomir. Vers les sept heures du soir, le pouls donnait cent pulsations, la peau était brûlante, et les douleurs insupportables. Le pouls devint de plus en plus petit et fréquent, les extrémités froides, et la respiration précipitée. Ces symptômes allèrent toujours en augmentant jusqu'au lendemain à trois heures du matin,

que la mort vint mettre un terme aux cruelles angoisses de la malade. A l'examen du cadavre, on trouva l'estomac flasque, pâle et vide; les matières qui y avaient été contenues s'étaient épanchées dans le bas-ventre par une ouverture ronde, située à la partie antérieure de l'estomac. Ce trou circulaire aurait pu laisser passer un pois, et paraissait avoir été produit par une ulcération de la membrane muqueuse, laquelle avait peu à peu traversé toute la paroi du viscère, et semblait due à l'action de la pierre infernale. Le péritoine et les intestins étaient enflammés. Le docteur Travers, qui a rencontré trois cas semblables dans sa pratique, pense, avec juste raison, qu'on doit attribuer l'inflammation des viscères du bas-ventre à la présence des liquides sortis de l'estomac par la perforation.

Le savant chimiste Darcet était parvenu à l'âge de soixante-douze ans sans avoir jamais éprouvé de maladie remarquable, lorsque, à cette époque, une dartre qu'il avait à la tête ayant disparu spontanément, il éprouva une diarrhée accompagnée de douleurs plus ou moins vives à l'estomac et au bas-ventre. Dès ce moment le teint de ce savant devint pâle, et ses digestions pénibles. Cet état durait depuis six mois, lorsqu'après un dîner fort sobre, il ressentit tout à coup une douleur très-vive à l'estomac, accompagnée d'un malaise général. Les boissons qu'on lui donna ne firent qu'augmenter ses douleurs, et il mourut le lendemain matin. A l'ouverture du cadavre, on trouva dans l'abdomen deux à trois hectogrammes d'un fluide jaunâtre et clair. L'estomac présentait à sa face antérieure et supérieure, à quelque distance du pylore, une ouverture ronde de la largeur de cinq à six millimètres, par laquelle les matières contenues dans l'estomac sortaient à la plus légère pression; au delà de cette ouverture, il y en avait deux autres plus petites. Ces ouvertures correspondaient, dans l'intérieur de l'estomac, à un ulcère, dont les bords durs et calleux formaient une espèce de bourrelet; dans le milieu de cet ulcère, les tuniques, villeuse et musculeuse, étaient rongées jusqu'à la tunique péritonéale, qui était perforée. A deux pouces de ce premier ulcère, on en voyait un autre de la même grandeur, lequel avait déjà corrodé les membranes, mais ne les avait pas encore percées, comme dans l'autre ulcération (mém. cit.).

M. le professeur Chaussier a fréquemment rencontré des perforations de l'estomac sur des enfans nouveau-nés et sur des femmes mortes dans le travail de l'accouchement, ou peu de temps après. Nous allons faire connaître les plus remarquables :

Une femme était au huitième mois de sa grossesse lorsqu'elle éprouva des accidens qui hâtèrent le terme ordinaire de la gestation, et forcèrent de recourir au forceps pour terminer

l'accouchement. Deux enfans furent amenés morts, et la mère succomba elle-même quatre heures après la délivrance. On trouva à l'ouverture de son cadavre une perforation de l'étendue de trois pouces, à l'extrémité diaphragmatique de l'estomac. Les bords de l'ouverture étaient ronds, amincis, doux au toucher et d'une couleur noirâtre, qui ne s'étendait pas au reste de l'estomac; ils n'étaient point adhérens aux parties voisines, et cependant rien ne s'était épanché dans l'abdomen. Le diaphragme, qui correspondait à cette partie de l'estomac, était aussi perforé dans l'étendue de deux pouces dans sa portion charnue et aponévrotique. Les bords de l'ouverture étaient noirâtres, sanieux et inégalement frangés; une petite partie de l'estomac faisait hernie dans le thorax, dans lequel on trouva un léger épanchement.

Une autre femme fut attaquée de péritonite peu de jours après être accouchée, et mourut. A l'examen du cadavre, on trouva une perforation de deux pouces de longueur, occupant la moitié de la circonférence de l'œsophage; un épanchement considérable de matières molles, brunes, et semblables à de la mucosité, s'était fait dans la plèvre gauche. Les parties voisines de l'ouverture étaient noires, très-molles, pulpeuses, et ses bords étaient très-amincis.

Une femme accouche de son premier enfant, et éprouve, trois jours après sa délivrance, de vives douleurs à la région hypogastrique, accompagnée de fièvre et d'une forte céphalalgie. Les douleurs persistèrent malgré l'application réitérée des sangsues; le délire continua; il survint des vomissemens de matière jaunâtre, et la femme succomba le septième jour de la maladie. L'abdomen ouvert offrit toutes les traces d'une péritonite. Une couenne albumineuse recouvrait presque tous les viscères qui flottaient au milieu d'un épanchement abondant de sérosité roussâtre, trouble et chargée de flocons. La plèvre gauche, corrodée et détruite, contenait un liquide brunâtre, opaque et visqueux. Le médiastin présentait une large corrosion, dans laquelle on distinguait les nerfs pneumogastriques privés de tissu lamineux, ainsi que les gros vaisseaux et une partie de l'œsophage, sur lequel on remarquait une perforation ovalaire, longue d'environ deux pouces, et large d'un demi-pouce. Les bords en étaient minces, mous, et doux au toucher.

Un enfant de onze ans fut traité, en septembre 1817, d'une chorée dont on le guérit. Il était resté faible et mal portant, lorsque, au mois de janvier 1818, il éprouva tout à coup les symptômes suivans : roideur convulsive générale; renversement de la tête en arrière; yeux immobiles, mais sensibilité de l'iris; mouvemens convulsifs de la langue et des bras. Deux jours se passent dans des alternatives de convulsions et

de coma, et l'enfant meurt le troisième jour. A l'ouverture du cadavre, on trouva la méninge crânienne et rachidienne rouge; les vaisseaux de la surface de l'encéphale gorgés d'un sang demi-concret. Il y avait autour du mésocéphale un gros caillot de sang qui comprimait les nerfs optiques et moteurs des yeux. On trouva à la partie postérieure de l'hypocondre gauche, entre le foie, la rate et le diaphragme, un épanchement de quatre à cinq onces de matière liquide, visqueuse et brune. La rate et le diaphragme étaient dépouillés du péritoine. L'estomac présenta, à la partie gauche de l'extrémité diaphragmatique, une large perforation ovalaire de trois pouces de diamètre, dont les bords étaient minces, muqueux et mous. L'érosion de la muqueuse s'étendait plus loin dans quelques points, tandis que, dans d'autres, c'était la séreuse. Les intestins, contractés, affaissés, offraient quelques rougeurs légères à leur membrane folliculaire (*Considérations sur les perforations de l'estomac*).

Un enfant de trois ans, entré, au mois de mai 1818, à l'hôpital des Enfans pour y être traité d'une ophthalmie, est pris tout à coup d'une pneumonie, et y succombe le troisième jour. On trouva à l'ouverture du cadavre, outre des altérations aux poumons qui auraient pu seules causer la mort du sujet, l'estomac affaissé et rempli d'une assez grande quantité d'un liquide visqueux et brunâtre, et perforé à sa courbure sous-hépatique, à un pouce à droite de l'orifice œsophagien. L'ouverture, de l'étendue de six à sept lignes dans son plus grand diamètre, était presque ronde, ses bords étaient minces, peu consistans, et doux au toucher. La portion gastro-épiploïque de l'épiploon était détruite, et ce qui en restait était baigné par un liquide semblable à celui que l'on avait trouvé dans l'estomac. Le foie, mollasse, avait perdu la couleur qui lui est naturelle, et se trouvait privé de son enveloppe péritonéale dans toute l'étendue recouverte par la matière de l'épanchement (*Th. cit.*).

On voit, par les observations que nous avons rapportées de perforations spontanées, que ni l'âge ni le sexe ne sont exempts de ce funeste accident, qui ne se reproduit que trop fréquemment, et que l'on rencontrerait plus souvent encore, si les médecins pouvaient toujours faire des recherches sur les cadavres des personnes qui ont succombé à une maladie que l'on qualifie toujours de maligne, quand, après une marche rapide et la gravité de ses symptômes, la terminaison en a été mortelle. Tâchons maintenant de découvrir, d'après l'examen des faits nombreux que nous avons cités, ce qui peut déterminer l'accident qui nous occupe, et par quel mécanisme s'opèrent les perforations spontanées.

Pour expliquer les désordres que nous venons de signaler, les anciens médecins supposaient la formation dans l'estomac de sucs dépravés et corrosifs, qu'ils regardaient comme la cause première de toutes les désorganisations qu'ils rencontraient dans les cadavres. J. Hunter, ayant trouvé sur un homme mort de faim la membrane interne de l'estomac, vers son extrémité splénique, dans un état de dissolution, et perforée dans ce même endroit, attribua cet accident à l'action corrosive du suc gastrique. Alphonse Leroy, qui avait adopté les idées et le langage du médecin anglais, disait que l'estomac se dévorait quelquefois lui-même. Il est en effet des circonstances où l'on trouve, chez des animaux qu'on a fait périr peu de temps après une ample ingestion, les tuniques de l'estomac en état d'érosion, de désorganisation et de perforation. Joseph Adams, élève enthousiaste de J. Hunter, a adopté les idées de son maître; Spallanzani répéta leurs expériences, et ne trouva que chez les poissons, les tuniques de l'estomac altérées et décomposées après la mort; mais que peut-on conclure d'expériences faites sur des estomacs privés de vie, et ne sait-on pas qu'alors ces organes sont sous l'influence de toutes les substances qu'on y introduit, tandis que, vivans, il les eussent fort bien digérées? D'ailleurs, il nous paraît impossible que le suc gastrique, qui n'est sécrété que lorsque les alimens remplissent l'estomac, et qui en sort mêlé avec eux, puisse acquérir la funeste propriété que lui suppose Hunter; et ce qui justifie ce que nous avançons, c'est que cet accident n'a jamais été observé sur les cadavres des personnes mortes de faim. On ne peut nier cependant qu'il est quelques individus chez lesquels l'estomac, dans l'état même de la meilleure santé, imprime aux alimens ou boissons une modification telle, que ces substances acquièrent un degré d'acidification si considérable, que l'œsophage et même le pharynx éprouvent la sensation d'une chaleur âcre et brûlante, et tout à fait semblable à celle que produiraient les matières les plus corrosives. Cette fâcheuse propriété de l'estomac, connue sous le nom de fer chaud, de pyrosis, de soda, peut être à juste titre considérée comme une cause prédisposante aux maladies les plus graves de l'estomac, et il est facile de concevoir que son influence doit enfin fixer sur un des points de ces organes l'irritation, dont le degré le plus élevé est le plus souvent suivi de la désorganisation et de l'érosion. M. le professeur Chaussier, qui, par ses nombreuses recherches et ses profondes méditations, a jeté le plus grand jour sur ce point intéressant de la pathologie, pense que la cause des perforations, que nous nommons avec lui spontanées, est due à une irritation primitive et spéciale des tuniques de l'estomac, laquelle détermine la sécrétion d'une li-

queur âcre et corrosive, qui tourne son activité contre le tissu même d'où elle s'écoule, et contre celui sur lequel elle se répand. Si on examine avec attention ce qui se passe dans certaines inflammations ulcératives, et si on compare les phénomènes morbides qui en sont le résultat avec ceux que l'on observe dans les perforations de l'estomac, cette supposition deviendra bientôt une démonstration. Dans toute partie irritée, le système vasculaire sanguin se développe par l'afflux du sang qui y est appelé. La rougeur, la chaleur et la douleur s'y montrent et se font sentir presque simultanément. Le tissu s'altère, et sécrète une humeur ichoreuse, qui, suivant le degré d'énergie que lui a imprimé l'inflammation, détruit en tout ou en partie le tissu même de l'organe d'où elle s'écoule, et les parties adjacentes sur lesquelles elle se répand. Quelquefois, on n'aperçoit aucun produit de la sécrétion, et le tissu disparaît par une espèce d'absorption moléculaire, qui commence par les dernières extrémités des systèmes sanguin et nerveux. « Les ulcérations et perforations de l'estomac, dit M. Chaussier, varient par la forme, la situation et l'étendue ; elles sont ou petites, ou circulaires, ou assez grandes pour qu'on puisse y passer la main. Elles peuvent survenir en tout point quelconque de l'estomac ; mais c'est particulièrement à la base de cet organe, à la portion qui correspond à la rate et au diaphragme, qu'on les observe le plus communément. Les alimens s'épanchent alors quelquefois dans l'abdomen ou dans le thorax si le diaphragme est percé ; mais le plus souvent il n'y a pas d'épanchement : la portion de l'estomac ulcérée s'est accolée aux parties voisines. Si on détruit ces adhérences, qui sont légères, il s'écoule alors de l'estomac un liquide visqueux et onctueux au toucher, sans fétidité, ayant quelquefois une odeur musquée, toujours brunâtre, et mélangé de flocons ou molécules noirâtres, comme si une poudre de charbon très-fine était délayée dans une sérosité muqueuse. Les bords sont mous, frangés, quelquefois enduits d'une ligne noirâtre plus ou moins marquée. Partout ailleurs, l'estomac conserve sa forme, sa consistance ordinaire ; nulle part il n'offre de traces d'engorgement, d'inflammation ; seulement, les réseaux capillaires de sa membrane folliculaire paraissent être plus développés, surtout dans le voisinage de la perforation. Quelquefois cela se forme subitement, en peu d'heures, chez des personnes saines ; le plus souvent, c'est après quelques jours de maladie, et lorsqu'on ne peut aucunement soupçonner une cause de violence extérieure ou d'empoisonnement (*Bull. du dép. de l'Eure*). »

Le même professeur a montré à la société de la faculté trois cas de perforations de l'estomac, observées sur des femmes

mortes en couches pendant le mois de mai dernier. Il a remarqué que cet accident arrive après un long travail, et qu'il est presque toujours annoncé par des plaques rouges qui se manifestent aux avant-bras, au coude, et à la face dorsale des mains et des doigts : d'où il conjecture que l'estomac doit être aussi couvert de plaques analogues, causées par une extravasation de sang entre les membranes, ce qui doit altérer les tuniques de l'estomac, désorganiser le tissu, le disposer à céder au moindre effort, et peut faire croire avec quelque fondement que le travail de l'accouchement et l'action du diaphragme ne sont point étrangers à ce phénomène pathologique. M. Chaussier a de plus fait observer que les estomacs perforés n'avaient point d'odeur de gangrène, et ne présentaient ni escarres, ni signes de putréfaction, et que l'on avait recueilli, tant au lieu de la perforation que dans le voisinage, un mucus inodore, doux et comme savonneux. L'estomac, dans les environs des altérations dont nous venons de parler, paraît céder à la plus légère pression, et s'écrase sous les doigts comme une pulpe. On a vu de ces perforations s'étendre au diaphragme, quand elles intéressaient la grande courbure de l'estomac, et établir entre ce viscère et la cavité thoracique une communication qui permettait aux liquides contenus dans le premier de passer dans l'autre. La même lésion a eu lieu aussi du côté du foie; mais on la trouve le plus fréquemment du côté gauche du diaphragme, vers la région de la rate. La promptitude avec laquelle les accidens naissent et se développent, l'aspect gangréneux des bords de la perforation, ont fait aussi attribuer cet accident à une espèce d'anthrax, qui, n'étant ni soupçonné ni combattu par des moyens efficaces, détermine en peu d'heures la mort la plus déplorable.

On voit, par tout ce qui précède, combien il est difficile d'établir le diagnostic juste et assuré d'une maladie si promptement mortelle, et combien sa fréquence doit éveiller l'attention des praticiens, aussitôt que les signes que nous avons indiqués plus haut, et qui la plupart sont communs aux inflammations très-aiguës de l'estomac, viennent à se manifester. C'est parce que nous avons vu dans le cours de cet article, que la mort a été la suite inévitable des différentes perforations que nous avons citées, que nous sentons la nécessité de leur opposer une médecine active, et que l'art doit faire tous ses efforts pour faire, pour ainsi dire, avorter cette terrible affection, en employant à l'extérieur les révulsifs énergiques, tels que le cautère actuel, le moxa, et à l'intérieur, les narcotiques unis aux mucilagineux. Le médecin prendra bien garde de s'en laisser imposer par les nausées, le vomissement, ou les signes qui semblent indiquer qu'on doit le provoquer, et au lieu de donner

un vomitif toujours pernicieux dans ce cas, puisqu'il hâte ou détermine la perforation, il tâchera, par les narcotiques intérieurement, et en onctions sur l'épigastre, d'arrêter et d'empêcher complétement ce mouvement antispéristaltique, et lors même que, malgré ses soins, la perforation a lieu, et qu'il ne s'est pas encore fait d'épanchement dans le bas-ventre, on doit encore tout espérer des ressources infinies de la nature, et faciliter ou provoquer la formation d'adhérence des bords de la perforation avec les parties environnantes. Les cautères et le moxa sont très-propres à remplir cette intention, tandis qu'on tiendrait le malade à la diète la plus sévère, et qu'on lui interdirait même la plus légère dose de liquide. On se bornerait à le nourrir par le moyen des lavemens, et on aurait soin de lui faire observer pendant quelques jours le repos le plus absolu dans une position favorable à l'agglutination des bords de l'ouverture avec les parties voisines. Le coucher sur le ventre nous paraît offrir ces avantages.

Quoique nous ne dissimulions pas tout ce que ce traitement a de spéculatif, et que nous sachions que, dans le cas même où il aurait du succès, on pourrait encore le lui contester, puisque l'autopsie seule pourrait dissiper tous les doutes, nous ne l'indiquons pas avec moins de confiance que s'il eût déjà réussi plusieurs fois; il nous suffit d'avoir trouvé plusieurs cas dans lesquels la nature a pu s'opposer à des désordres qui pouvaient être mortels, pour que nous cherchions à l'imiter, et que nous employions un moyen que l'analogie indique, et que la saine pratique avoue, et même si le traitement que nous proposons n'avait aucun résultat heureux, il serait toujours utile, en couvrant du voile de l'illusion la situation critique du malade; et cette illusion est au moins innocente et douce, puisqu'elle repousse l'idée si accablante de la fatalité, répand quelques consolations sur le plus triste des sujets, et entretient jusqu'au bout un rayon d'espérance.

Mais ce n'est point assez de chercher à arracher une victime à la mort par une médication bien entendue, lorsque les symptômes que nous avons signalés viennent à se montrer; il faut encore que l'homme de l'art éclaire le public et les juges, lorsque, par la marche rapide d'une maladie, et sa terminaison par une désorganisation que l'on est disposé, au premier coup d'œil, à attribuer à une cause criminelle, on a pu élever quelques doutes sur la nature de l'accident, et fait planer sur l'innocent le doute affreux du crime d'empoisonnement; à cette occasion, et pour montrer combien cette proposition est vraie, nous rappellerons que M. Fodéré reproche aux anciennes lois d'avoir accueilli avec légèreté les soupçons d'empoisonnement les moins fondés : il veut avec raison que l'expert, tout en pro-

cédant à la recherche du crime, ne néglige aucun soin pour disculper l'accusé, et il prouve par des faits historiques que trop souvent l'innocence fut victime des plus injustes préventions. Frédéric Hoffmann jugea, dans un cas de perforation de l'estomac attribuée à un agent vénéneux, que cette lésion était due à l'action d'une bile âcre, développée dans un corps impur, et devenue un véritable poison interne. Galien, Cœlius Aurélianus, Paul Zacchias, Morgagni, Boerrhaave, Van Swiéten, etc., etc., ont fait remarquer que nos humeurs étaient susceptibles d'acquérir une corruption spontanée, et une acrimonie assez grande pour donner naissance à des symptômes que l'on aurait pu facilement attribuer à l'action d'un poison externe. Les exemples de ces funestes méprises sont trop multipliés dans nos recueils d'observations et dans nos ouvrages de médecine légale, pour que nous ne cherchions pas à répandre le plus grand jour sur ce sujet d'un si haut intérêt. C'est dans des conjonctures aussi difficiles, qu'il importe au médecin expert de soumettre les faits sur lesquels il est appelé à prononcer, à l'examen le plus sévère, le plus impartial et le plus approfondi : il faut qu'il pèse toutes les circonstances, qu'il note tous les phénomènes qui ont précédé et accompagné la maladie; qu'il caractérise bien l'espèce d'altération qu'il a rencontrée sur le cadavre ; qu'il en recherche soigneusement la cause, et qu'il ne néglige aucune expérience pour en constater la nature. Nous avons rapporté les cas les plus intéressans et les plus variés de perforations de l'estomac dues à une cause interne, soit inflammatoire, soit née spontanément, et nous avons fait tous nos efforts pour en éclairer l'étiologie. Maintenant qu'elle nous est mieux dévoilée, nous pourrons établir un parallèle entre ce redoutable accident, et celui qui serait causé par l'ingestion de substances vénéneuses, afin de bien saisir les traits qui les caractérisent.

Les affections, soit aiguës, soit chroniques de l'estomac, impriment aux traits de la face des altérations plus ou moins profondes, suivant leur degré d'intensité et la longueur de leur durée. Les forces ne diminuent quelquefois qu'insensiblement, tandis que, dans d'autres cas, elles arrivent tout à coup au plus haut degré de prostration. L'invasion de la maladie est quelquefois subite, avec un sentiment de constriction si violente à la gorge et à la poitrine, que les malades se croient menacés d'une suffocation prochaine, avec perte de la voix, et cette scène douloureuse, qui n'est le plus souvent que de courte durée, se termine par une sueur abondante que l'on remarque surtout à l'extrémité des doigts. Lorsque l'estomac est en proie à une inflammation, le malade éprouve une douleur plus ou moins vive, et une pesanteur incommode à la région épigas-

trique, accompagnées de nausées, de vomissemens et de syncopes. Le pouls est petit, fréquent; les extrémités sont froides, et le corps entier éprouve, à divers intervalles, des frissons d'une durée variable. En général, ces symptômes présentent des degrés différens d'intensité; mais soit qu'on les considère collectivement ou séparément, ils annoncent toujours une lésion grave de l'estomac et du systeme nerveux; ils accompagnent le choléra morbus, les fièvres nommées pernicieuses, et toutes les maladies de l'estomac qui se terminent par gangrène ou par perforation.

Si des symptômes semblables à ceux que nous venons d'énumérer se montraient tout à coup chez une personne saine, et qu'ils fussent dus à l'ingestion d'un poison âcre et corrosif, deux séries de phénomènes se présenteraient alors, et mettraient le praticien sur la voie. Ainsi, lorsque, à l'aide d'un véhicule quelconque, on a introduit dans l'estomac une substance corrosive, le malade éprouve sur le champ un sentiment de chaleur, d'âcreté, de constriction et de sécheresse à la gorge, puis une douleur déchirante au *gaster*, avec des nausées et des vomissemens qui, se faisant avec des efforts extraordinaires, augmentent encore la sécheresse de la gorge et l'anxiété; viennent ensuite les spasmes, les douleurs atroces, dans les différens points de la région abdominale; les traits de la face se décomposent; il survient des déjections alvines abondantes, chargées de mucosités verdâtres; une sueur froide couvre toute la surface du corps, et précède la mort qui ne tarde pas à mettre fin aux tourmens du malade. Lorsque les désordres que nous venons de décrire, se trouvent sur la langue, dans l'œsophage et l'estomac, le médecin peut déjà présumer qu'ils ont été causés par le passage d'une substance âcre et corrosive; mais avant de prononcer affirmativement, il faut qu'il soumette à une analyse chimique exacte et sévère, les matières rendues par les vomissemens et les selles, sans oublier d'opérer égalemement sur toutes les substances contenues dans les premières voies, et même sur les tissus corrodés qu'il faut laver avec soin. On ne peut prononcer qu'il y a délit, que lorsqu'on a retrouvé la matière qui a servi à l'empoisonnement. Cette condition cependant nous paraît trop rigoureuse, et peut offrir au scélérat habile à manier et à combiner les poisons une chance d'impunité d'autant plus grande, qu'il saura mettre plus d'obstacles aux recherches de la substance vénéneuse, et si l'analyse des matières trouvées dans l'estomac est, la plupart du temps, hérissée de difficultés pour le chimiste qui a fait une étude spéciale de la toxicologie, comment pourrait-on exiger qu'un médecin, même instruit en chimie, fût plus heureux et plus habile, et donnât la solution du problème; il faut donc s'aider de la connaissance parfaite des altérations que pro-

duisent les poisons sur l'économie animale ; et ce n'est qu'en procédant avec le plus grand scrupule, et non sur le simple aperçu de désordres qui peuvent dépendre de causes morbifiques développées intérieurement, comme nous en avons montré des exemples plus haut, que l'expert peut dissiper tous les doutes, et prononcer avec sûreté de conscience. Il n'oubliera pas que les poisons agissent sur nos organes, et leur impriment des caractères particuliers, suivant leur nature, leur degré de concentratiou, etc., ainsi, l'acide nitrique jaunit les membranes muqueuses avec lesquelles il se trouve en contact, tandis que le sulfurique les noircit. Les sels métalliques produisent des escarres, et quelquefois des perforations si nombreuses, que les organes peuvent être comparés à un crible. Dans ce cas, les contours de l'ouverture sont presque toujours enduits de la substance vénéneuse, et en conservent la couleur; les bords ont une épaisseur égale à celle de l'organe, et cet épaississement s'étend au loin dans les parois et les enveloppes de l'estomac: en les touchant, il reste après les doigts des débris comme putrilagineux de membranes décomposées, tandis que dans les perforations spontanées, les bords sont toujours amincis, et entourés d'un développement de vaisseaux capillaires sanguins; dans ces dernières, les membranes muqueuse et musculeuse sont détruites dans un plus grand espace que la séreuse. Nous ajouterons de plus l'observation suivante faite par M. le docteur Rostan; l'inflammation, l'érosion et la gangrène déterminées par un poison corrosif, affectent spécialement les plis ou rides de la membrane muqueuse, et laissent presque intacts les intervalles qui les séparent ; tandis que, dans les phlegmasies ordinaires des mêmes parties, la rougeur et les autres altérations s'étendent uniformément dans un espace plus ou moins grand.

L'état antérieur de la santé du malade doit être noté avec soin, et peut jeter le plus grand jour sur la cause de la perforation, quoique nous ayons donné plusieurs exemples de cet accident survenu tout à coup, et sans qu'aucun symptôme précurseur en ait pu faire soupçonner l'existence. C'est dans ce cas que les douleurs brûlantes à l'estomac, suivies d'une mort aussi prompte qu'imprévue, peuvent faire croire à un empoisonnement. Nous allons donc, pour tenir les praticiens en garde contre une méprise dont les suites pourraient faire peser sur un innocent toute la rigueur des lois, donner à nos lecteurs l'analyse d'une consultation médico-légale, rédigée par M. Chaussier, et signée par MM. Hallé, Pelletan, Pinel et Sue, dans laquelle ces médecins ont prouvé l'innocence du sieur François, accusé du crime d'empoisonnement par l'oxyde d'arsenic.

Anne Picard, femme de François, âgée de vingt-deux ans, alla, le 24 juin 1818, à Montargis, distant d'environ une lieue de Lepoy, où elle demeurait, et où elle ne tarda pas à retourner pendant la plus grande chaleur du jour, sans avoir pris ni alimens ni boisson. Elle se plaignit à son retour d'un léger malaise, et d'une douleur à la tête, qui se dissipa le soir. Elle soupa avec son mari, sa belle-mère, et deux soldats qu'elle avait en logement. Le repas se composait d'un plat de pois, et un pot de vin mêlé d'eau, servit à désaltérer les convives. Après souper, la femme François fut se coucher, et passa la nuit sans se plaindre. Le 25 juin, elle se leva la première, vers les trois ou quatre heures du matin, pour traire sa vache, et la conduire aux champs. S'étant trouvée incommodée quelques heures après, elle retourna chez elle, se plaignant d'éprouver un grand froid et des douleurs dans tous les membres, mais surtout à la tête et à l'estomac. Elle avait les yeux rouges et les jambes vacillantes; ses forces étaient anéanties; elle mangea cependant, dans la journée, deux soupes au lait, qu'elle prépara elle-même. On remarqua, dès l'invasion de tous ces accideus, que la femme François se plaignit d'une grande soif, qu'elle eut plusieurs évacuations alvines, accompagnées de douleurs intestinales. Mais, autant qu'on a pu s'en assurer, elle n'eut point de vomissemens, et elle expira le 26 juin, à deux ou trois heures du matin, environ vingt-quatre heures après l'invasion des premiers symptômes de la maladie.

Voici le procès-verbal dressé par le juge-de-paix de Montargis, assisté d'un chirurgien expert.

« Ledit sieur R***, après avoir attentivement examiné le cadavre par lui ouvert, nous a dit que *le cadavre n'était pas froid;* la couleur générale de la peau livide foncée, les membres demi-flexibles; l'embonpoint assez marqué, et tel qu'il n'indiquait point un état pathologique antécédent; la matrice dans l'état de vacuité; le ventre point tendu; du reste, ni sugillation, ni plaie, ni ulcère sur aucune partie.

« La tête n'offrait rien que de naturel; la bouche était pleine d'une salive épaisse, blanchâtre, muqueuse; les membranes qui la tapissaient, rouges, ainsi que l'arrière-bouche et l'œsophage.

« La poitrine faisait remarquer une adhérence de la plèvre pulmonaire gauche à la plèvre costale antérieure, avec *épanchement de sérosité brunâtre, du poids de quatre onces environ.*

« Le diaphragme portait des *traces d'inflammation* à la partie correspondante à la rate, qui elle-même avait *quatre taches gangréneuses marquées* à la surface la plus près du grand cul-de-sac de l'estomac.

« Mais le désordre principal résidait dans ce viscère; la portion cardiaque antérieure était plus rouge que dans l'état

de mort ordinaire; l'intérieur était phlogosé du cardia au grand cul-de-sac; les traces d'un *caustique violent* augmentaient graduellement, au point qu'un tiers et plus de ce viscère, à la partie postérieure, était sphacélé et détruit entièrement, sa portion pylorique brunâtre et resserrée, ainsi que toutes les parties environnantes, plus ou moins affectées de la substance caustique.

« Le docteur R***, voulant connaître la maladie, a soulevé le ventricule pour examiner sa face postérieure, et a vu ce ventricule, qui était corrodé et perforé; la liqueur qu'il contenait s'est répandue, partie par terre, l'autre partie *s'est mêlée avec la sérosité abdominale;* le tout formait à peu près un volume d'une pinte et demie. Il a remarqué que dans la liqueur, blanchâtre comme du petit-lait mal préparé, nageaient une trentaine de pois mal digérés, et des flocons noirs qui naguère formaient la paroi postérieure de l'estomac même. Le canal intestinal participait à la phlogose; les autres viscères étaient à peu près dans l'état naturel.

« D'après cet examen, ledit M. R*** nous a déclaré qu'il présumait que la femme François était morte empoisonnée par une substance vénéneuse, telle que l'*oxyde d'arsenic*.

« Afin de s'assurer plus sûrement de la cause de la mort de ladite femme, il a, en notre présence et celle des dénommés au présent, extrait le ventricule, afin de le soumettre à l'examen des gens de l'art. S'en étant saisi, en ma présence, il a été emporté à Montargis, en son domicile, et là, de retour, j'ai avec ledit dit M. R***, soumis ce ventricule à l'examen de MM. C***, B***, P***-R***, C***, tous quatre chirurgiens attachés à des corps militaires alors en station à Montargis, et de M. D***, médecin de la maison d'arrêt, qui tous ont déclaré que la destruction de l'estomac qui leur était soumis, *était due à l'effet d'une substance caustique, introduite dans ledit estomac, au moyen d'un véhicule quelconque, et qu'aucune maladie ne peut détruire une aussi grande portion de substance animale vivante*, l'influence vitale nous défendant sans cesse contre des accidens aussi graves, dont, au surplus, l'homme ne peut porter la source en lui-même, de manière à ce qu'elle agisse en aussi peu de temps. »

Mais un docteur en médecine, M. C. de B., également consulté sur ce cas, en recueillit avec soin tous les détails, et après un examen attentif de l'estomac, il crut devoir s'élever avec force contre les conclusions du premier rapport. Ce fut alors que M. le professeur Chaussier fut prié de donner son avis, et tira des rapports contradictoires les conclusions suivantes: Il commence par signaler combien sont vagues les assertions que le *diaphragme portait des traces d'inflammation*, etc.; puis

il passe à la discussion du point essentiel qui sert de base à l'accusation. Il condamne M. R*** de n'avoir point fait de recherches pour constater l'existence du poison, et de s'être borné à une supposition vague. On est fondé à croire, d'après un passage du rapport de l'expert et de ses co-signataires, qu'ils ont conclu, d'après les apparences, que la destruction de l'estomac était due à une substance caustique, et qu'ils avaient oublié que les auteurs fournissaient de nombreux exemples de cas semblables, produits par des causes morbides. « En vain dira-t-on, pour excuser les signataires du rapport, qu'ils n'ont pu reconnaître et déterminer la nature du poison ou de la substance caustique qu'ils supposent, parce qu'en soulevant l'estomac, en le détachant du cadavre, le liquide qu'il contenait s'est répandu, partie par terre, et l'autre partie s'est mêlée avec la sérosité abdominale? On ne pouvait point éviter cette effusion; mais aussi, il était bien simple, bien facile de ramasser avec une éponge tout le fluide épanché dans l'abdomen, de le recueillir, de le soumettre à des expériences, et, ainsi, d'en constater la nature. Ajoutons même que, lorsque l'estomac fut transporté à Montargis, on pouvait encore, quoique vide, déterminer d'une manière positive, si la *destruction de l'estomac était due*, comme on le dit dans le rapport, *à l'effet d'une substance caustique*. Il s'agissait uniquement de laver la cavité de cet organe avec de l'eau distillée, légèrement tiède, et d'examiner ensuite, par différens moyens, si cette eau contenait quelques vestiges d'une substance caustique ou minérale, telle que l'oxyde d'arsenic. Il aurait fallu surtout examiner quelle était la forme, la disposition, les bords de la perforation de l'estomac. » Rappelant ensuite tous les accidens qu'avait éprouvés la femme François avant sa mort, M. Chaussier trouve qu'ils suffisaient pour indiquer au médecin un trouble général, et une affection grave de l'estomac et du système nerveux, et rien qui pût faire croire qu'ils étaient dus à l'action du poison. L'ensemble des symptômes démontre évidemment, suivant ce professeur, que la mort ne peut être attribuée à cette dernière cause. D'ailleurs, l'absence des vomissemens est encore une raison de plus contre l'opinion de l'expert, qui a trouvé l'estomac rempli d'une pinte et demie d'une liqueur blanchâtre comme du petit-lait, dans laquelle nageaient des pois mal digérés; et si même la femme François eût vomi, on n'eût pas manqué de retrouver un peu de la substance vénéneuse dans quelques points de la surface des plicatures que présentent l'œsophage, le pharynx et la bouche, et on y eût observé des escarres et des érosions plus ou moins profondes, tandis que rien de semblable n'a été noté par l'expert. La présence de mucosités plus ou moins colorées dans la bouche, est un phénomène qui se rencontre sur beaucoup de



PERFORATION.

EXPLICATION DES PLANCHES.

PLANCHE I.

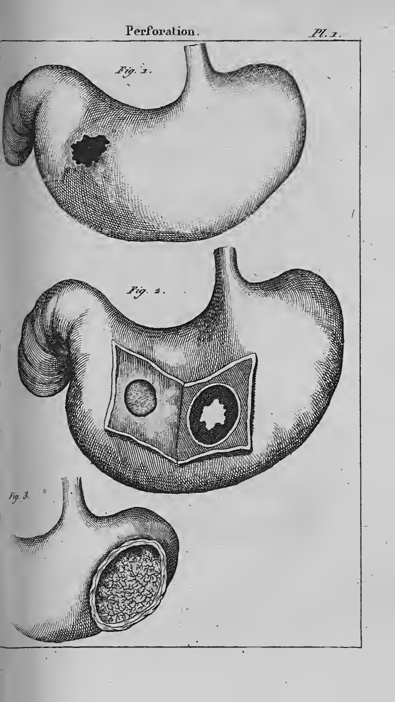
Fig. 1. Perforation de l'estomac chez un sujet sain d'ailleurs, causée par une affection gangréneuse.

2. Le même estomac, dont on a enlevé un lambeau carré de la tunique péritonéale pour faire voir la perforation à l'intérieur du viscère. Les tuniques muqueuse et musculaire sont détruites dans une plus grande étendue que ne l'indique l'ouverture extérieure. Il y a un cercle inflammatoire autour de l'érosion. Cette pièce est modelée dans les cabinets de la faculté de médecine de Paris.

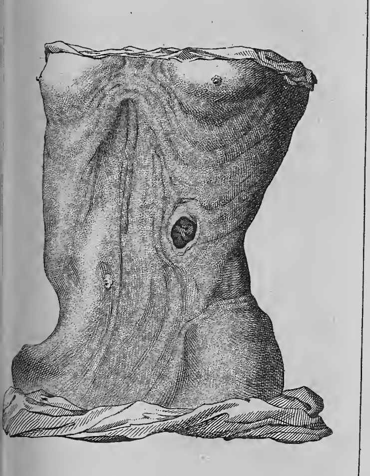
3. Énorme perforation de l'extrémité splénique de l'estomac, qui adhérait, dans son pourtour, au diaphragme, rencontrée chez une femme morte quelques jours après l'accouchement. La pièce est également modelée en cire dans les cabinets de l'École de médecine de Paris.

PLANCHE II.

Elle représente le torse de la fille Gorée, morte à l'hôpital de la Charité, et dont l'observation est consignée dans le Dictionaire à l'article *muséum anatomique*, tome XXXV, p. 36; l'ouverture extérieure qu'on voit ici répond à l'érosion de l'estomac.


Fig. 1.
Fig. 2.
Fig. 3.







cadavres de personnes mortes de perforations, et M. Chaussier l'attribue à un simple regorgement des fluides contenus dans l'estomac, qui se trouve alors dans une sorte d'inertie qui le rend incapable de contractions fortes; ce qui est très-différent de ce que l'on observe dans un empoisonnement causé par une substance âcre et corrosive. Il termine par attaquer la partie du rapport relative aux désordres trouvés dans la poitrine, et il blâme l'expert de n'avoir point indiqué si les adhérences de la plèvre étaient anciennes ou récentes; quel était le degré d'inflammation du diaphragme, et surtout la nature et la quantité de la sérosité abdominale. M. Chaussier établit au contraire, « que l'ensemble des phénomènes observés démontre d'une manière évidente que la mort de la femme François dépend entièrement d'une cause morbide intérieure et cachée, qui s'est développée tout à coup, et s'est portée en même temps, et sur la poitrine, et sur l'estomac, et y a produit les diverses altérations que l'on a trouvées à l'ouverture du cadavre. La fatigue que cette femme éprouva l'avant-veille de sa mort, en allant à Montargis et en revenant de cette ville, *sans avoir rien pris*, *et par la plus grande chaleur du jour*, n'a-t-elle pas été l'occasion qui a déterminé le développement de la maladie? » Ce rapport et celui de M. C. de B. éclairèrent les juges, et le mari de la femme François fut acquitté, grâce à la sollicitude et aux lumières du dernier.

On voit, par tout ce qui précède, combien le genre d'altération qui nous occupe mérite l'attention des médecins, par sa léthalité, et la facilité avec laquelle il fait naître le soupçon de crime. Nous avons senti le besoin de réunir une masse de faits recueillis sur des personnes d'âge et de sexe différens, afin de bien convaincre les praticiens qui ne peuvent s'aider de l'autopsie cadavérique, de la fréquence des perforations de l'estomac par une cause interne: heureux, si notre travail peut, en tenant les praticiens en garde contre ce terrible accident, contribuer à sauver quelques victimes jusqu'alors dévouées à une mort certaine, et à sauver l'innocence d'une injuste prévention, toujours trop légèrement accueillie. (PERCY et LAURENT).

PERFORÉ, adj. et subst., *perforatus*, qui est percé; nom que l'on donne en myologie à certains muscles dont les fibres s'écartent sur leur longueur pour donner passage aux tendons d'autres muscles qu'on appelle *perforans*. Le coraco-brachial s'appelle, dans quelques vieux auteurs, le *perforé de Casserius*, parce qu'il est traversé par le nerf musculo-cutané, et qu'on attribue la première description de ce muscle à cet anatomiste; mais ce nom lui avait été donné par Placentinus. Winslow, Cowper, Douglas, Sœmmerring, ont appelé *muscles perforés* le fléchisseur digital superficiel (*épitrochlo-phalangi-*

nien commun, Chaussier), et le court fléchisseur commun des gros orteils (*calcanéo-sous-phalanginien commun*, Chaussier). (F.V.M.)

PERFUSION, s. f., *perfusio*, en grec καταχυσις, *catachysis* : c'est une expression qu'on trouve dans Hippocrate, et qui signifie *jeter de l'eau sur une partie du corps*. Il s'en sert, aphorisme 21, livre V, et aphorisme 42, livre VII. Dans le premier cas, il s'agit d'aspersion d'eau froide jetée sur la tête d'un malade attaqué de tétanos, et, dans le second, d'eau chaude versée sur la même partie lorsque la fièvre n'est point causée par la bile. *Voyez* DOUCHE, t. X, p. 169. (F.V.M.)

PERIBLEPSIE, s. f., *periblepsis*, du grec περι, autour, et de βλεπω, je regarde. C'est une espèce de regard effaré, particulier aux individus qui sont dans le délire, surtout le délire sombre, et ce regard se remarque aussi dans un grand nombre de folies, et annonce toujours une profonde stupeur dans le cerveau. Il consiste dans un certain mouvement des yeux, qui se promènent sur tous les objets qui les entourent sans s'arrêter sur aucun. Ce mouvement paraît essentiellement machinal et indépendant de toute volonté. Ce même phénomène s'observe encore dans les individus qui viennent de se soustraire à un grand danger, et que la crainte a jetés dans un étonnement qui approche de l'hébétement; cet état dure jusqu'à ce que, l'impression fâcheuse étant dissipée, les facultés intellectuelles rentrent insensiblement dans leur état ordinaire. Ce signe est en général d'un assez mauvais augure dans les maladies. (R.)

PERIBOLE, s. f., περιβαλλω, j'entoure, j'environne: transport des humeurs et de la matière morbifique sur la surface du corps. Dans beaucoup de maladies, la nature emploie ce procédé pour se débarrasser du ferment d'une humeur, d'un levain, d'une matière, d'un principe, d'un virus nuisible à l'économie; procédé que, dans une foule de cas, l'art cherche à imiter.

Toutes les maladies éruptives peuvent être citées comme des exemples de ce genre d'effort salutaire de la nature, que la médecine soutient et provoque même, dans quelques cas, à l'aide des diaphorétiques et des sudorifiques. (VILLENEUVE)

PERICAL, mot indien, signifiant, d'après Kæmpfer, *pied-fébricitant* (*Amœnit. exot.*, p. 561, *fascicul.* 3, obs. 8).

Les naturels de Cochin, ville située sur la côte de Malabar, donnent ce nom à une certaine maladie qui se porte sur l'une ou l'autre des extrémités inférieures, rarement sur les deux, et toujours à la partie la plus basse. Chaque mois, on éprouve une inflammation phlegmoneuse, qui se dissipe au bout de quelques jours, et laisse un tel gonflement que, peu à peu, le membre devient trois, quatre, et même cinq fois plus volu-

mineux que dans l'état naturel. Il est inégal, dur, œdémateux, d'un aspect squirreux, et quelquefois présentant des ulcères qui laissent échapper une humeur de nature séreuse. Quoique le mal soit d'un aspect brunâtre et difforme, il ne tombe jamais en gangrène; il n'est douloureux qu'à l'époque de l'inflammation périodique, et n'incommode que par le poids. Les habitans du Malabar attribuent cette maladie, sans beaucoup de fondement, à la nature des eaux dont ils font usage.

Rhazès a décrit la même affection sous le nom d'*éléphantiasis* (*Ad omnes prœternatur. affect.*, edit. Vesal., 1544). Depuis cet auteur, Prosper Alpin l'a vue régner en Egypte (*med. Ægypt.*), ainsi que les médecins français (*Histoire médicale de l'armée d'Orient*, par M. le baron Desgenettes; *Mémoires de chirurgie militaire*, par M. le baron Larrey). Les médecins anglais, Richard Town (*A treatise on a disorder very frequent in the West-Indies, and particularly, in the Barbadoes island*), William Hillary (*Observat. on the changes of the air and the concomitant diseases in the island of Barbadoes*), et James Hendy l'ont observée dans les Indes-Occidentales. Le dernier en a donné une description fort exacte sous le nom de *Maladie glandulaire de la Barbade* (*An essay on the glandular disease of Barbadoes*). Les médecins allemands en ont consigné des exemples très-remarquables dans les Ephémérides des curieux de la nature (déc. II, an I, p. 53; et vol. I, obs. 108, page 212. Voir aussi, *Act. Leips.*, ann. 1725-1726).

Malgré la différence des noms, il existe une parfaite identité entre le *périca*l, l'*éléphantiasis* de Rhazès, les tumeurs décrites par les médecins allemands, et la *maladie glandulaire de la Barbade*. C'est ce qui a été démontré dans l'Histoire de l'éléphantiasis des Arabes, ouvrage dans lequel j'ai moi-même donné des observations détaillées de cette maladie, observations que j'ai recueillies à Paris, où il n'est pas rare de la rencontrer. (ALLARD)

PÉRICARDE, s. m., *pericardium*, de περι, autour, et de καρδια, cœur : on donne ce nom à un sac membraneux qui enveloppe le cœur et le commencement des gros vaisseaux. Il est logé dans l'écartement de la partie antérieure du médiastin, audessus du diaphragme, à la face supérieure duquel il est uni. Sa grandeur est proportionnée, dans l'état naturel, au volume du cœur et de la partie des gros vaisseaux qu'il recouvre. Sa forme est, au premier aspect, celle d'un cône dont la base est tournée en bas et un peu à gauche, et dont le sommet regarde en haut, en arrière et à droite; mais lorsqu'on l'a bien isolé de la graisse dans laquelle il est plongé, et des lames du médiastin, on reconnaît qu'il est exactement moulé sur le cœur.

Au devant, le péricarde est couvert par la plèvre, excepté dans sa partie moyenne, où il correspond à l'écartement du

médiastin et au thymus, et médiatement au sternum et aux cartilages de prolongement des dernières vraies côtes gauches, dont il est séparé latéralement par la partie antérieure des poumons. En arrière, il a très-peu d'étendue, et correspond immédiatement à la partie antérieure de l'œsophage. Les régions latérales sont recouvertes par la plèvre, par les nerfs diaphragmatiques, et correspondent à la face interne des poumons. En bas, il répond au centre aponévrotique, et, un peu à gauche, aux fibres charnues du diaphragme.

Le péricarde est composé de deux membranes : l'une, extérieure, est fibreuse; l'autre, intérieure, est séreuse.

Membrane fibreuse. Elle naît circulairement en bas de la partie moyenne du centre aponévrotique avec lequel elle est parfaitement identifiée, remonte autour du cœur qu'elle embrasse jusqu'à sa base, se continue quelque temps sur l'origine des gros vaisseaux qu'elle cache, mais bientôt se divise en plusieurs gaînes distinctes pour accompagner ces vaisseaux jusqu'à une certaine distance. Le péricarde n'est donc point percé pour laisser passer ces vaisseaux comme beaucoup d'anatomistes l'ont dit; mais son feuillet fibreux se perd insensiblement sur leurs parois, et semble même ainsi s'unir à elles. Ces gaînes sont au nombre de huit : une très-courte pour la veine cave supérieure; quatre plus courtes encore pour les veines pulmonaires; une qui se prolonge indéfiniment pour l'aorte; une pour chaque artère pulmonaire.

La membrane fibreuse correspond immédiatement aux plèvres par la plus grande partie de sa surface extérieure; elle leur adhère par un tissu cellulaire plus ou moins graisseux. Sa face interne est tapissée par la membrane séreuse. Considérée dans son organisation, la membrane fibreuse a la plus grande analogie avec la dure-mère; elle est formée de fibres blanchâtres, quelquefois isolées, plus souvent rapprochées en faisceaux distincts, dont la largeur et l'épaisseur sont très-variables. Lancisi paraît être le premier qui ait reconnu des fibres distinctes et entrecroisées sur le péricarde; mais il les jugea faussement musculeuses.

Membrane séreuse. Cette membrane est semblable aux plèvres, à l'arachnoïde; c'est-à-dire qu'elle forme un sac sans ouverture, dont la cavité se correspond à elle-même par tous ses points, et qui ne se trouve appliquée sur les parties voisines que par sa surface extérieure; elle recouvre le cœur tout entier sans le contenir dans le sac qu'elle représente. Pour la décrire, il faut la prendre dans un point quelconque de son étendue, et la suivre dans son trajet. Prenons-la en bas, sur le centre phrénique; elle remonte en avant le long de la membrane fibreuse, jusqu'au moment où celle-ci va se prolonger sur les gros vaisseaux de la base du cœur. Là, elle se réfléchit au mi-

lieu sur l'aorte, audessus de sa première courbure; à gauche, sur l'artère pulmonaire avant sa bifurcation; à droite, sur la veine cave supérieure, un pouce à peu près audessus de son entrée dans l'oreillette, et sur les veines pulmonaires droites, immédiatement après leur sortie du poumon. Elle recouvre la face antérieure de tous ces vaisseaux, pénètre dans leurs intervalles à une distance plus ou moins grande, et tapisse l'aorte et l'artère pulmonaire dans tout leur contour, excepté dans l'endroit où elles sont en contact immédiat; elle tapisse également entre elles le canal artériel ou le ligament qui le remplace. C'est dans l'endroit où la réflexion de cette membrane a lieu qu'on peut très-bien observer la séparation des deux feuillets du péricarde : un espace triangulaire très-sensible existe entre eux. Parvenue à la base du cœur. la membrane séreuse se porte directement de l'artère pulmonaire sur le ventricule, et de la veine cave sur l'oreillette; mais, en quittant l'aorte, elle se prolonge dans l'enfoncement qui se trouve entre cette artère et l'oreillette droite, tapisse cet enfoncement, et revient sur la partie antérieure du cœur. Elle recouvre cette partie antérieure, se réfléchit sur les bords et le sommet du cœur, se porte à sa face postérieure, la tapisse, remonte de nouveau à sa base, embrasse à droite et en bas la veine cave inférieure, à gauche et en haut les veines pulmonaires gauches, et se réfléchit par la partie postérieure de la membrane fibreuse pour rejoindre l'endroit d'où nous l'avons supposé partir.

La membrane séreuse s'enfonce dans toutes les inégalités que le cœur offre à sa surface, où elle est d'une telle ténuité et d'une si grande transparence, surtout au niveau des ventricules, qu'il devient fort difficile d'en démontrer l'existence, si ce n'est dans les endroits où elle est séparée des fibres charnues par du tissu adipeux. Elle adhère intimement à la membrane fibreuse, et ne peut en être détachée que dans des points peu étendus et au niveau de sa réflexion. Elle tient très-peu aux vaisseaux, et peut facilement être enlevée de leur surface.

La face interne de cette membrane se correspond partout à elle-même, et offre l'aspect lisse et poli que lui donne le fluide exhalé par elle-même. Continuellement absorbé, ce fluide ne s'accumule jamais dans l'état de vie et de santé. Dans certaines maladies, cette accumulation est très-considérable, et constitue l'hydropéricarde. *Voyez* ce mot.

L'anatomie pathologique nous fournit beaucoup de preuves de la disposition de la membrane séreuse du péricarde. Ainsi nous voyons des couches albumineuses recouvrir toute sa surface interne, spécialement la portion qui tapisse le cœur. Ainsi les inflammations dont cette membrane est affectée donnent lieu à des exsudations purulentes dont tout le cœur pa-

raît recouvert et le péricarde rempli, quoique le cœur lui-même ne présente aucune altération correspondante (Bichat, *Anat. descript.*).

Vaisseaux du péricarde. Le péricarde reçoit un très-grand nombre d'artères qui viennent des mammaires internes, des médiastines, des compagnes des nerfs diaphragmatiques, des œsophagiennes, des coronaires, et quelquefois même de l'aorte. Ses veines se rendent à celle qui accompagne le nerf diaphragmatique, aux médiastines, aux bronchiales, aux intercostales supérieures, et aux rameaux de l'azygos, qui appartiennent au médiastin et à l'œsophage. Ses vaisseaux lymphatiques se rendent dans les ganglions qui entourent la veine cave supérieure et l'origine de l'aorte. On dit que le péricarde reçoit des filets nerveux, qui viennent de ceux qui vont au cœur; mais il est très-difficile de les découvrir.

Bichat compare avec beaucoup de raison la membrane fibreuse du péricarde à la dure-mère, et la membrane séreuse à l'arachnoïde.

Le péricarde forme par sa portion fibreuse les limites solides de la cavité dans laquelle le cœur doit se contracter, et empêche cet organe de se porter vaguement dans diverses parties du thorax. Par sa portion séreuse, il forme au cœur une enveloppe immédiate, et répand autour de lui un fluide destiné à favoriser ses mouvemens. (M. P.)

HOFFMANN (Mauritius), *Dissertatio de pericardio*; in-4°. *Altdorfii*, 1690.
HELMANN, *Dissertatio de pericardio sano et morboso*; in-4°. *Lugduni Batavorum*, 1690.
LUTHER, *Dissertatio de pericardii, pulmonis et partium genitalium anomaliis*; in-4°. *Kiloniæ*, 1704. (V.)

PÉRICARDITE, s. f., *pericarditis*: inflammation totale ou partielle du péricarde.

Cette maladie est du nombre de celles dont on trouve des descriptions dans tous les livres, et qui présentent pourtant encore une grande obscurité. Les raisonnemens indéfinis, les explications les plus gratuites qu'on rencontre dans les auteurs ont plutôt embrouillé la matière qu'ils ne l'ont éclaircie, et à l'époque actuelle il y aurait pour ainsi dire de l'avantage à oublier tout ce qu'on a dit sur ce sujet avant la fin du dernier siècle, pour s'en tenir à ce que les médecins qui ont écrit depuis cette époque nous en ont appris.

La découverte de la texture du péricarde reconnu pour une membrane séro-fibreuse, a déjà jeté un grand jour sur l'espèce d'inflammation dont cette enveloppe du cœur était susceptible. On a pu juger de ce qui arrivait au péricarde, par ce qu'on voyait tous les jours avoir lieu sur le péritoine et la plèvre; on a pu augurer les différentes terminaisons de cette inflam-

mation par celle des mêmes membranes à cause de leur similitude; en un mot, la partie proprement pathologique a été mieux caractérisée, depuis que nos connaissances en anatomie et en anatomie pathologique nous ont mis à même de mieux apprécier les tissus, et de connaître avec plus d'exactitude les lésions organiques. Si sous ce dernier point de vue nous avons lieu d'être plus satisfaits que nos devanciers; si l'art a réellement gagné, il n'en est pas de même de la portion symptomatique de la maladie qui n'a pas fait de progrès aussi évidens, mais qui cependant est plus satisfaisante qu'autrefois, précisément parce que le point de départ, la lésion de texture du péricarde, est plus facilement apprécié dans ses divers degrés d'altération morbifique.

Dans la description que nous allons faire de cette maladie, nous suivrons surtout la doctrine et souvent l'ouvrage du célèbre professeur Corvisart, le médecin de nos jours qui a laissé sur les maladies du cœur les renseignemens les plus certains et les plus judicieusement mis en œuvre.

§. 1. *Description de la péricardite.* Cette affection ne paraît pas reconnaître d'autres causes productrices que celles qui donnent naissance à l'inflammation des membranes analogues au péricarde. Ainsi, ce qui disposera aux phlegmasies en général, et en particulier à celles des membranes séreuses, pourra devenir la source de la péricardite. Une constitution sanguine, la suppression d'un écoulement sanguin habituel, une nourriture échauffante, etc., seront parmi les causes éloignées, et l'impression subite d'un froid marqué, le corps étant échauffé, des écarts de régime, l'inflammation des parties voisines, des métastases, l'action locale d'un corps contondant, etc., parmi les prochaines, les motifs déterminans de l'inflammation du péricarde.

Mais si les causes de cette affection sont identiques avec celles des inflammations du tissu séreux, elles sévissent pourtant beaucoup plus rarement sur l'enveloppe du cœur que sur aucune autre membrane analogue, au moins d'une manière primitive. Rien n'est plus rare, en effet, qu'une péricardite à l'état de simplicité, et même dans l'état de complication elle est moins fréquente que l'inflammation de la plèvre et du péritoine. Elle ne laisse pourtant pas d'être commune lorsqu'elle complique les autres lésions organiques du cœur; il y a environ la moitié de celles qui intéressent les parties charnues de ce viscère, qui compromettent en même temps l'état naturel du péricarde.

L'invasion de cette maladie offre des variétés qu'on retrouve dans la plupart de celles dont le génie est inflammatoire; parfois elle se développe avec beaucoup de violence,

marche avec rapidité, et se termine promptement au milieu d'un concours tumultueux de symptômes multipliés. Le plus souvent la maladie procède véritablement d'une manière chronique; son invasion est insensible, obscure, cachée; sa marche insidieuse, sa terminaison très-lente.

L'indication des caractères propres à cette maladie est difficile, parce qu'on ne la connaît presque pas dans son état de simplicité; il est probable qu'on n'en a peut-être jamais observé un cas véritablement isolé, bien tranché et strictement borné à la seule membrane péricarde. M. le professeur Corvisart avoue n'avoir point d'observations propres d'une péricardite aiguë sans complication, et se borne à citer des exemples de cette maladie, qui tous présentent plus ou moins de complication. En parcourant les auteurs qui ont traité des maladies du cœur, je n'ai pas été assez heureux pour trouver un cas simple de cette affection. Si quelque praticien avait cet avantage, il devrait, pour le bien de l'art, s'empresser de publier un fait aussi précieux, que l'ouverture du cadavre pourrait seule caractériser d'une manière évidente.

Voici les phénomènes qui se présentent le plus fréquemment lorsque l'inflammation du péricarde paraît prédominer sur les autres altérations qui la compliquent. La respiration est gênée, haute, fréquente, entrecoupée; la région du cœur est douloureuse, chaude; le malade y ressent à l'intérieur une chaleur et une anxiété pénibles; la main, appliquée sur cette partie, y reconnaît des palpitations, un tumulte plus ou moins prononcé. Il y a ordinairement de la toux, mais sèche et fatigante; le pouls est petit, serré, fréquent, un peu roide; la face est gripée, les urines rares, en un mot la série des symptômes qui dénotent l'irritation extrême de toute l'économie se développe dans cette maladie. Un de ceux les plus généralement admis, c'est la syncope fréquente, des lipothymies presque continuelles, qu'on a présentées même comme le signe pathognomonique de cette affection, et qu'on dit la signaler dès son début. M. Corvisart n'a pas reconnu l'existence évidente de ce dernier symptôme, et s'il a observé des lipothymies dans cette affection, elles ne lui en ont pas paru plus fréquentes que dans beaucoup d'autres lésions où l'on n'en mentionne pas l'existence. Dans le nombre de ces maladies, toutes compliquées il est vrai, que j'ai eu occasion de voir avec ce célèbre professeur, je n'ai pas non plus aperçu cette fréquence de la syncope. Je voyais une anxiété extrême plus remarquable que dans aucune autre inflammation; mais pas de lypothimies multipliées. Je dirai plus, je ne me rappelle pas avoir vu une suite de lipothymies bien évidentes dans les personnes que l'ouverture

des cadavres m'a montré offrir des traces marquées d'inflammation du péricarde.

Ce qui existe chez beaucoup de malades affectés de péricardite, c'est un sentiment de gêne précordiale, de faiblesse générale, de crainte de la mort, remarquables quels que soient le courage et la force d'ame dont ils sont pourvus; mais cet état est fort différent des lipothymies, et ne peut être confondu avec elles. Cette manière d'être, qui tient au trouble général de la circulation, à la gêne de la respiration, à la chaleur et à la douleur locale d'un viscère aussi essentiel que le cœur, est fort éloignée de la syncope, puisque la plupart de ces symptômes tiennent à l'exaltation des propriétés vitales de cet organe.

Un autre symptôme, la soif, a été donné par Salius Diversus (*De affect. particular.*) comme un signe pathognomonique de l'inflammation du péricarde. Nous ne voyons pas sur quel appui cet auteur a pu fonder cette opinion. La soif est effectivement quelquefois fort vive dans la péricardite aiguë; mais beaucoup d'autres maladies où le péricarde est absolument intact, en offrent de plus intense : je citerai en preuves certaines fièvres ardentes, quelques hydropisies, etc.

La marche de la péricardite est différente, suivant qu'elle est aiguë, subaiguë ou chronique. Dans le premier cas nous avons dit que les symptômes marchaient avec une rapidité effrayante, et qu'ils entraînaient en peu de jours le malade à une perte presque certaine; dans la seconde variété, admise par notre célèbre maître le docteur Corvisart, l'inflammation parcourt ses périodes avec moins de précipitation, suit les différentes phases des phlegmasies, et affecte une terminaison naturelle. Son invasion est bien rarement marquée par des symptômes assez intenses pour faire regarder la maladie comme devant être indispensablement mortelle; ce n'est même que lorsqu'elle a duré un certain temps, que cette affection peut être assez exactement reconnue, et que le praticien est pourvu de données suffisantes pour porter uu diagnostic plus assuré et un pronostic certain. La face gripée, avec un abattement profond; la respiration haute, pénible et entrecoupée; les palpitations, le pouls petit et fréquent existent dans cette variété comme lorsque la maladie est très-aiguë; ces symptômes servent à la faire reconnaître, d'autant mieux que leur développement est moins brusque, moins tumultueux et plus régulier.

La péricardite chronique est la plus fréquente des trois variétés établies; c'est elle que l'on rencontre dix fois au moins sur douze; c'est pourtant celle que nous sommes le moins en état de reconnaître, tant à cause de l'obscurité des symptômes que par la présence des complications presque constantes dont elle s'accompagne. Le plus souvent son invasion est insidieuse,

obscure, et par conséquent ignorée; elle est déjà très-avancée, qu'à peine peut-on réunir assez de caractères pour en signaler l'existence; tous ceux qu'on trouve dans les deux premières variétés sont altérés ici, ou ont des degrés d'intensité eu général moindres, ou sont obscurcis par d'autres appartenant à des complications : il en résulte que le plus souvent dans la pratique on ne parvient pas à découvrir sûrement une péricardite chronique, et que les conjectures qu'on peut former sur son existence ne reçoivent de confirmation ou d'infirmation que par l'ouverture des cadavres : aussi ne doit-on pas être surpris du vague qui règne dans les auteurs au sujet de cette maladie: leur incertitude à cet égard tient à la difficulté du sujet et à la nature de l'inflammation.

M. le docteur Laënnec, dans un ouvrage intéressant qu'il vient de publier, intitulé *Auscultation médiate*, a consacré un chapitre à la péricardite. Après avoir reconnu les complications fréquentes de cette maladie, il ajoute que les plus complétement latentes qu'il ait vues, étaient jointes à des maladies aiguës ou chroniques de l'abdomen, et où les organes thoraciques étaient d'ailleurs sains; il croit que la péricardite même aiguë est une affection très-peu grave et dont l'influence sur le système général est presque nulle, tandis que dans d'autres cas la même affection au même degré ou à un degré inférieur, peut compromettre la vie du malade. Ce médecin avoue que l'auscultation médiate ne fournit pas de signes sûrs du diagnostic de cette maladie; il indique cependant les suivans, qu'il croit pouvoir donner comme ceux que présente la péricardite, lorsqu'elle n'est pas latente. « Les contractions des ventricules du cœur donnent une impulsion forte et quelquefois plus marquée que dans l'état naturel; à des intervalles plus ou moins longs, surviennent des pulsations plus faibles et plus courtes, qui correspondent à des intermittences du pouls, dont la petitesse contraste extraordinairement avec la force des battemens du cœur; quelquefois il peut à peine être senti. » Il répète qu'il ne faut accorder qu'un certain degré de confiance à ces signes. Les signes de la péricardite chronique lui ont semblé encore plus incertains que ceux de l'aiguë.

En nous résumant sur les symptômes de la péricardite, nous nous demanderons, avec quelques auteurs, s'il existe un signe pathognomonique propre à indiquer d'une manière certaine l'existence de cette affection : on avait indiqué les lypothimies coïncidant avec les phénomènes locaux d'inflammation, comme offrant une certitude de l'existence de cette maladie, nous avons dit plus haut ce qu'il fallait en penser; la soif ne nous présente rien de plus caractéristique. Aucun des autres symptômes pris en particulier ne nous semble mériter le nom de

pathognomonique. Il y a plus, c'est que l'ensemble des symptômes n'est même pas toujours suffisant pour pouvoir affirmer d'une manière absolue la présence de l'inflammation du péricarde. On n'a jamais que des présomptions plus ou moins fondées sur sa réalité, à cause de la difficulté de son diagnostic, qui naît de la multiplicité des lésions organiques du viscère qu'enveloppe le péricarde, qui coïncident le plus souvent avec cette inflammation, et des phlegmasies des organes environnans qui s'y joignent presque constamment.

La seule percussion de la région du péricarde peut éclairer sur cette maladie, mais seulement dans le cas où il y a épanchement, ou du moins épaississement de la membrane, et encore vingt autres altérations du cœur peuvent-elles produire un son également contre nature de cet endroit de la poitrine.

La péricardite aiguë est presque toujours compliquée de l'inflammation de la plèvre et du poumon, du moins dans son lobe contigu; ce qui avait déterminé Sauvages à n'en faire qu'une espèce de pleurésie, *pleuritis pericardis*; souvent encore c'est l'inflammation du diaphragme, du médiastin et même de l'estomac, qui marche concurremment avec la phlegmasie du péricarde. On conçoit que la difficulté du diagnostic sera en raison du nombre de ces complications et des phénomènes morbifiques auxquels elles donneraient lieu. La pleuropéripneumonie est de toutes les phlegmasies qui se joignent à la péricardite la complication la plus fréquente.

A l'état subaigu, cette inflammation se complique le plus ordinairement de pleurésie partielle, c'est-à-dire de l'inflammation de la portion de la plèvre pulmonaire ou costale, voisine du péricarde, d'où elle peut s'étendre à toute la membrane : les symptômes de ces deux affections ayant ensemble de grands rapports, augmentent l'incertitude du diagnostic. L'inflammation des régions que nous venons de nommer en parlant des complications de la péricardite aiguë, peut aussi se joindre à celle-ci et rendre d'autant plus difficile son appréciation.

La péricardite chronique, celle que nous avons dit être si fréquente, a des complications encore plus nombreuses qu'aucune des deux variétés précédentes; elle s'ajoute à la plupart des maladies organiques du cœur, et fréquemment même à d'autres affections du péricarde même, comme l'hydro-péricarde, etc.; de plus, elle marche encore quelquefois avec d'autres altérations morbifiques de la plèvre, du poumon, du médiastin, du diaphragme et de l'estomac, comme nous l'avons vu pour les autres espèces. Tantôt elle a préludé à l'invasion de ces affections, le plus souvent elle en a été la suite : aussi que d'obscurité dans la connaissance de son inva-

sion, dans celle de sa marche, dans la distinction des phénomènes appartenant aux maladies compliquantes, d'avec ceux qui lui sont propres! Dans les auteurs, où ne domine point un jugement sain, et qui n'ont point éclairé leur description de l'inspection cadavérique des parties, on ne trouve que vague et incertitude, au sujet de la péricardite; le plus souvent méconnue et presque toujours confondue avec la lésion des poumons ou de la plèvre auxquels elle est jointe, ce n'est que par l'autopsie qu'on en découvre l'existence.

Une des complications qui se rencontre le plus fréquemment dans les péricardites, c'est l'inflammation du cœur. Une membrane aussi mince peut difficilement être en proie à une phlegmasie, sans que les fibres du cœur n'en soient atteintes, et même la lame fibreuse, si la péricardite est générale. Il en est du cœur comme du poumon, où l'on ne voit guère de pleurésie sans pneumonie; cependant cette complication n'est pas de rigueur, comme le veut le docteur Portal (*Mémoires sur la nat. et le traitement de quelques maladies*, tom. IV). J'ai vu quelques cas où il n'y avait évidemment que la membrane séreuse d'enflammée; Bichat avait fait la même observation, et la donne en preuve de la distinction des tissus. M. Laënnec pense également que le péricarde peut être enflammé sans le cœur, et il ajoute que beaucoup de cardites, avec décoloration du cœur, ne sont que de véritables péricardites, malgré la prétention des auteurs. *Voyez* CARDITE, t. IV, p. 69.

On doit conclure de ce que nous avons dit de la difficulté d'établir avec une certitude physique l'existence de la péricardite, combien il doit être plus difficile encore de l'isoler des lésions organiques qui peuvent la compliquer lorsqu'elles ont leur siége dans le péricarde, quoique n'étant pas produites par l'inflammation, ainsi que de la distinguer nettement de la cardite, ou même de quelques autres lésions organiques du cœur. La théorie qui, dans ses conceptions ingénieuses, établit quelquefois d'une manière si satisfaisante la distinction des maladies, manque ici de voix pour nous procurer les caractères de séparation de ces lésions si souvent inséparables, et la pratique, il faut l'avouer, n'est pas plus heureuse pour établir avec certitude le diagnostic de quelques-unes des complications de la péricardite. On pourrait dire de la connaissance de la péricardite et de ses complications ce que Baglivi disait des maladies du poumon et qu'on peut appliquer à beaucoup de celles de la poitrine : *O quantùm difficile est cognoscere morbos pulmonum!*

La péricardite aiguë ou subaiguë n'attaque en général que les sujets adultes et robustes; il en est de cette espèce d'inflammation comme de toutes les autres : plus on est dans l'âge de la

vigueur, et plus on en est passible. Le fameux Mirabeau, mort dans la force de l'âge, qui était d'une constitution athlétique, avait une péricardite au nombre des maladies auxquelles il succomba. La péricardite chronique vient à toutes les époques de la vie; comme elle est dépendante le plus souvent d'autres affections morbides, elle suit leur époque d'invasion.

Pour offrir dans leur ensemble les différens symptômes que présente la péricardite, nous en allons présenter un exemple ou deux. Nous prenons le premier dans l'ouvrage du professeur Corvisart, qui le range parmi les *subaiguës*.

Un homme de quarante ans reçut un coup de poing violent sur la région du cœur. Seize jours après, des symptômes fébriles très-intenses, accompagnés d'oppression et de douleur sous la partie gauche du sternum, se déclarèrent subitement; pendant les jours suivans, ces phénomènes s'accrurent à tel point, qu'il fut forcé, vers le huitième, de venir chercher du secours à la clinique interne de la faculté de médecine de Paris : alors les symptômes inflammatoires les plus évidens avaient déjà disparu sans qu'il en résultât un soulagement marqué; le malade ne se plaignait que d'un léger mal de tête et d'une anxiété qu'il ne pouvait exprimer, et qui ne lui laissait pas de repos; la peau était sèche et chaude; le pouls petit, fréquent, inégal, irrégulier, intermittent; les yeux étaient enfoncés dans les orbites; les traits du visage altérés; la joue gauche offrait une teinte très-rouge; la bouche était assez bonne. Le son, par la percussion de la poitrine, était obscur dans toute l'étendue du côté gauche. La respiration, facile en apparence, était néanmoins, en l'observant bien, petite, fréquente, un peu entrecoupée; la toux sèche et sans douleurs; le malade se plaignait pourtant d'un point douloureux qui s'étendait de la partie postérieure du sternum au côté gauche et à la partie inférieure droite de la poitrine. Cet homme ressentait des faiblesses momentanées qui n'allaient pas jusqu'à la défaillance. Les déjections alvines étaient rares, les urines troubles et sédimenteuses. M. le professeur Corvisart prescrivit de suite une saignée; mais il n'insista pas sur ce moyen en reconnaissant le degré auquel la maladie était arrivée et les progrès rapides qu'elle faisait. La figure devenait *hippocratique*, le malade ne goûtait pas un instant de repos, la respiration était toujours entrecoupée, le pouls vacillant et à peine sensible, la prostration des forces extrême, malgré les cordiaux. Il resta dans cet état les dix premiers jours qu'il passa dans l'hôpital : le seul phénomène remarquable pendant ce temps fut la fonte spontanée de l'œil droit par une suppuration qui s'y établit sans avoir été précédée ni accompagnée d'aucun symptôme inflammatoire. Ceci confirme l'opinion émise par Testa, professeur de Bologne, dans

un ouvrage intitulé : *Del malattie del cuore*, qui établit que l'ophthalmie et même la perte de l'œil peuvent être une suite des lésions organiques du cœur (lib. II, pag. 9: Bologne, 1810). Ces dix jours écoulés, la maladie parut marcher avec plus de rapidité encore. Les traits du visage se décomposèrent tout à fait; le pouls devint insensible, la prostration extrême alla jusqu'à la défaillance. Ce malade succomba le dix-neuvième jour de son entrée à l'hôpital, le vingt-septième de sa maladie. On ne trouva dans le crâne aucune cause productrice de la fonte de l'œil; le péricarde était énormément dilaté, sa capacité était telle qu'elle renfermait près de deux pintes de liquide séro-purulent; sa surface interne était couverte d'une couche épaisse de matière albumineuse. Le cœur n'avait pas changé de volume, mais le feuillet du péricarde qui le recouvre était devenu très-dense et avait plus de deux lignes d'épaisseur. Aucune autre partie voisine n'était altérée, et sous ce rapport cette observation offre cette maladie sous l'aspect le plus simple possible; ce qui dépendait sans doute de la cause externe et circonscrite qui y avait donné lieu. M. Corvisart pensa que, lors de l'entrée de ce malade à l'hôpital, l'inflammation était déjà en partie tombée, que la suppuration et l'épanchement commençaient à se former, mais que si à temps on eût employé les antiphlogistiques, on eût modéré la marche de l'inflammation et pu la conduire à une terminaison heureuse (*Essai sur les maladies et les lésions organiques du cœur*, etc., pag. 17).

Voici une seconde observation où la péricardite a été chronique, et qui est des plus curieuses; elle est due à M. Routier, docteur en médecine à Amiens. Un homme de quarante-un ans, d'un tempérament sanguin et athlétique, sujet aux vicissitudes atmosphériques, éprouvait depuis plusieurs années une gêne habituelle de la respiration et des rhumes fréquens; il avait même eu des douleurs de rhumatisme et de goutte, affections héréditaires dans sa famille. Vers la fin de février 1813, à la suite de douleurs rhumatismales goutteuses, vagues, le malade se plaignit d'un sentiment d'anxiété et de gêne à la région précordiale, surtout dans le temps de l'inspiration; il eut des frissons irréguliers avec perte d'appétit. L'application de quelques sangsues sur des hémorroïdes un peu tuméfiées, l'emploi de quelques amers calmèrent ces symptômes, et le malade put passer quelques mois sans éprouver d'autres accidens qu'un peu de dyspnée. Vers le mois de juin, les jambes commencèrent à s'infiltrer; il survint une toux fréquente avec douleur dans la région du diaphragme; la respiration devint courte, embarrassée et fréquente; elle était surtout accompagnée d'un sentiment de pesanteur vers l'appendice sternal, et le malade se plaignait de soulever un poids en élevant

les côtes; la marche devint pénible, et surtout l'action de monter. Cet état alarmant fit des progrès rapides; l'infiltration augmenta, s'étendit sur les cuisses et les tégumens de l'abdomen; la figure devint bouffie, la capacité de l'abdomen elle-même prit un grand volume par l'épanchement aqueux qui y devint très-sensible. A cette époque, la poitrine résonnait dans toutes les régions supérieures; le son était obscur vers les inférieures; jamais il n'y eut de palpitations (circonstance bien remarquable); et même les mouvemens du cœur étaient assez réguliers. Dans les mois d'août et de septembre, les accidens prirent plus de gravité, l'infiltration devint générale, sans que les vésicatoires, les diurétiques et la digitale pourprée pussent améliorer ce symptôme. En octobre, le malade ne respirait plus qu'avec la plus grande peine; il ne pouvait soulever le tronc et était forcé de rester sur le dos. Les battemens du cœur ne présentaient plus qu'un bruissement profond et obscur; la mortification s'empara des tégumens du scrotum et d'une partie de la verge, et le malade mourut le 6 novembre 1813. Outre l'infiltration générale et six ou huit livrés de sérosité dans les deux cavités de la poitrine, on trouva les poumons libres dans toute l'étendue de leurs lobes, le cœur un peu dévié à droite et comme couché en travers sur le diaphragme; le péricarde adhérant par tout ce côté à ce grand muscle, ainsi qu'au ventricule correspondant, de sorte que le diaphragme, le péricarde et le cœur ne faisaient qu'un tout par cette face, au point d'être difficilement séparés. La portion fibreuse du péricarde, dans son point d'adhérence, avait acquis une épaisseur de sept à huit lignes, et le diaphragme lui-même avait augmenté en épaisseur et en consistance, puisque celle-ci était cartilagineuse, ce qui lui avait fait contracter d'autres adhérences avec la face convexe du foie, de manière, dit l'auteur de cette observation, que la pointe du cœur, par le moyen du péricarde, du diaphragme et de la partie correspondante du foie, était confondue dans une induration complette, et dégénérée en un tissu commun racorni, dur et rénitent. Les autres parties du cœur n'avaient aucune lésion (*Journal général de médecine*, etc., t. XXXVI).

Cette observation nous montre une très-grande désorganisation des deux faces du péricarde, circonstance rare, point notée dans les auteurs, où il n'est jamais mention dans la description de la péricardite que de la portion séreuse de cette enveloppe du cœur; cependant la lame fibreuse peut être atteinte, comme le prouve le fait que nous venons de rapporter, et même isolément, comme je l'ai observé dans quelques autres cas qui me sont particuliers; mais cela est infiniment plus rare, et les symptômes, si elle était seule le siége de l'inflammation, seraient fort diffé-

rens de ceux qui se manifestent lorsque le feuillet séreux est seul enflammé. On n'aurait alors que les phénomènes de réaction propres au tissu fibreux, qui, comme tous les parenchymes consistans, l'osseux, le cartilagineux, etc., est peu susceptible d'être attaqué par cette cause morbifique, si ce n'est à l'état latent. Son développement ne produirait que de légers dérangemens dans les fonctions diverses des organes pectoraux, parce que la lame fibreuse est entièrement extérieure au cœur, tandis que la séreuse se replie sur ce viscère, auquel elle adhère de toute part. C'est sans doute la raison pourquoi le malade dont nous venons de raconter l'histoire, ne manifesta pas les symptômes habituels de la péricardite, comme les palpitations, l'irrégularité de battemens de cœur et la gêne de respirer. Ceux-ci ne se montrèrent véritablement que lorsque l'inflammation, qui avait assurément commencé par la portion fibreuse du péricarde, eut gagné la lame séreuse; alors l'affection suivit sa marche ordinaire : ainsi, ces péricardites fibreuses sont encore plus obscures que les séreuses, et nous sommes encore moins instruits sur leur compte, à cause de leur rareté, que sur l'espèce commune. Quant à l'hydrothorax et à l'anasarque dont le malade d'Amiens fut atteint, ce qui aurait passé pour les maladies principales, à une époque moins éclairée de l'art, ils furent évidemment consécutifs de cette péricardite, et dépendans de la lésion organique des viscères de la poitrine et de l'abdomen. Nous avons choisi cette importante observation, l'une des plus simples connues, parce que, outre l'intérêt qu'elle offre, elle nous a paru établir d'une manière évidente l'existence de la péricardite fibreuse dont les auteurs ne font nulle mention comme maladie.

§. II. *Terminaisons de la péricardite.* Nous avons donné à entendre que le plus souvent la terminaison de cette fâcheuse maladie était fatale, surtout dans son état aigu; il y a plus d'espoir à conserver si elle n'a lieu que dans le degré *subaigu*. Le travail de M. le professeur Corvisart renferme une observation de guérison d'une affection de ce genre, qui s'est terminée heureusement pour la femme qui en a été le sujet. Cet illustre maître affirme que c'est dans cette variété de la péricardite qu'on peut le plus se flatter d'obtenir quelques succès.

Nous ne faisons pas de doute non plus qu'un certain nombre de péricardites à l'état chronique et dans un degré peu considérable ne se terminent par une solution heureuse, dont le plus fréquemment la nature fait tous les frais, puisqu'elles sont le plus souvent méconnues. Des personnes sentent une douleur marquée dans la région du cœur, sont plus ou moins gênées dans la respiration, etc. : ces symptômes étant peu intenses, n'empêchent pas les individus de vaquer à leurs affaires;

les phénomènes morbides se passent peu à peu, et le retour à la santé a lieu sans qu'on ait consulté personne; parfois aussi le mal s'aggrave, et l'art est mis à contribution pour y porter remède : souvent alors la maladie est incurable, et se termine par la perte du sujet.

Lorsque la guérison de la péricardite n'a pas lieu, l'inflammation amène dans le péricarde des désordres de diverse nature, dont les analogues se rencontrent d'ailleurs dans les autres parties de l'organisme qui ont subi la même atteinte morbifique. On peut les ranger ainsi : 1°. de la rougeur. Elle est en général peu marquée, et est rarement générale sur la membrane : elle n'est point ordinairement accompagnée d'épaississement lorsqu'elle est récente; à l'état chronique, la rougeur et l'épaississement sont plus marqués ;ausurplus, le péricarde ne présente guère ici que ce qu'on voit sur les autres membranes séreuses et même dans un degré moindre; 2°. des granulations; 3°. des épanchemens; 4°. des fausses membranes; 5°. des adhérences. On doit joindre un sixième état pathologique, quoiqu'on en ignore précisément l'origine : ce sont des plaques blanches ou taches qu'on rencontre sur le péricarde.

2°. *Granulations.* L'inflammation des membranes séreuses donne fréquemment lieu, ainsi que l'a observé Bichat, à la formation de granulations nombreuses, rougeâtres, à la surface libre de ces membranes. Le péritoine en offre des exemples fréquens, que les médecins qui ouvrent des cadavres sont à même de vérifier tous les jours. La plèvre en est plus rarement atteinte que le péritoine, sans qu'on puisse expliquer la raison de cette différence, puisqu'elle est plus souvent en proie à l'inflammation que la tunique externe des intestins : le péricarde y est encore moins sujet que la plèvre, et on peut même dire que c'est une des lésions rares de cette membrane. Dans le grand nombre des maladies du cœur que nous avons observées, et dont nous avons étudié les résultats sur le cadavre, nous n'avons aperçu que trois ou quatre fois des granulations sur le péricarde. Elles sont toujours le résultat de l'inflammation de cette membrane, et coïncident avec sa phlegmasie. Lorsqu'on les rencontre, le péricarde est rougi, épaissi, parfois enduit de lambeaux pseudo-membraneux, et même contient de la sérosité purulente. Il est impossible de prévoir, du vivant des malades, quelles sont les conditions qui donnent lieu à la formation de ces granulations, et on n'est jamais averti de leur présence que par l'ouverture des cadavres. Au surplus, sous le rapport de la gravité, cette désorganisation est une des moindres, puisque, par elle-même, elle n'apporte aucune gêne à l'exécution des fonctions du cœur et du péricarde. La nature, en cas de guérison, délivrerait facilement cette membrane de ces

points granuleux, par l'absorption de la matière albumineuse, ou peut-être cartilagineuse, qui les forme. Il ne faut pas confondre ce que nous appelons des granulations avec les tubercules miliaires, qui se développent aussi parfois sur les membranes séreuses, mais que je ne sache pas qu'on ait encore rencontrés sur le péricarde.

3°. *Epanchemens.* Ils sont de diverses sortes, bien qu'ils sembleraient devoir être constamment de pus par la nature de leur cause productrice; mais l'inflammation fixée sur une membrane séreuse a presque constamment pour résultat d'augmenter d'abord l'exhalation qui lui est propre avant d'avoir produit du pus, qui demande pour sa formation une série de phénomènes qui ne se développent qu'avec le temps; c'est ce que l'on voit évidemment dans la pleurésie, la péritonite, etc., où l'on trouve toujours une sérosité plus ou moins abondante épanchée dans les cavités que forment les plèvres, le péritoine, etc. Le péricarde contient presque constamment, lors de son inflammation, plusieurs onces de sérosité plus ou moins pure, et le plus souvent mêlée à des flocons albumineux ou à un liquide purulent. Lorsque la quantité en est considérable, la maladie prend le nom d'*hydro-péricarde* pour les praticiens; mais, pour le pathologiste, il n'y a guère d'hydro-péricarde essentielle, et rarement il observe un épanchement séreux dans l'enveloppe du cœur, qu'il ne découvre en même temps les traces d'une péricardite chronique.

Nous avons parlé ailleurs (*Voyez* EXHALATION SANGUINE, tom. XIV, pag. 171) des cas où il y avait épanchement sanguin dans les cavités du péricarde, et qui nous ont paru reconnaître pour cause l'inflammation de cette membrane séreuse. Des épanchemens de même nature ont lieu dans la plèvre lors de son inflammation; mais c'est toujours lorsque cette cause agit chroniquement que l'exhalation sanguine se fait; l'état aigu est trop rapide, trop violent pour qu'elle ait lieu d'une manière marquée. Tout paraît alors suspendu, arrêté, et les conduits exhalateurs semblent dans une occlusion spasmodique complette. Au surplus, c'est rarement un sang pur qu'on observe dans le péricarde; le plus souvent il est mêlé à de la sérosité, et forme un liquide sanguinolent; d'autres fois il est mélangé avec le produit de la suppuration.

Le pus est la matière la plus naturelle des épanchemens qui résultent de l'inflammation du péricarde; il est véritablement le résultat de cette inflammation, tandis que les épanchemens précédens dérivent de l'excitation momentanément occasionée dans les exhalans par le développement de l'inflammation. La collection purulente a lieu indispensablement, si la phlegmasie a parcouru ses périodes avec assez de précision, et si

le temps nécessaire à la formation du pus s'est écoulé depuis l'invasion de la maladie. La quantité de pus réuni dans le péricarde va rarement au delà de quelques onces; ce qui est proportioné à son étendue. Dans quelques cas assez rares, elle va à plus d'une livre; ce qui dépend moins de l'intensité de l'inflammation que du temps de sa durée. Je rapporterai plus bas une ouverture de cadavre où la collection de pus dans le péricarde se trouva être d'environ deux livres. Au surplus, la matière purulente est rarement pure dans le péricarde : elle est le plus souvent mêlée à de la sérosité; ce qui trouble la transparence de celle-ci, et la rend plus ou moins bourbeuse et épaisse : parfois on y trouve des traces de liquide sanguinolent, mais fort rarement; enfin, il y a quelques cas peu communs où on observe le mélange de ces trois liquides.

On a prétendu qu'on pouvait quelquefois entendre la fluctuation d'un épanchement dans le péricarde; lors même qu'avec beaucoup d'attention on parviendrait à découvrir le bruit d'un liquide, on devrait être en garde de ne pas confondre ce bruit avec un phénomène semblable que pourrait produire également un épanchement dans la plèvre gauche, ou même les liquides renfermés dans l'estomac. Au surplus, la fluctuation suppose de l'air dans la cavité où elle a lieu, et le pneumo-péricarde (*Voyez* ce mot) est infiniment rare.

4°. *Fausses membranes*. Lorsque l'inflammation, au lieu de produire un pus liquide, soit qu'il sorte tel des vaisseaux qui l'exhalent, soit qu'il se délaye à sa sortie dans les fluides séreux qui humectent habituellement le péricarde, ce qui est plus probable, en donne un qui, faute de circonstances favorables, se concrète, peut-être par l'absorption de ses parties les plus ténues, il en résulte des fausses membranes qui s'étendent à la superficie du cœur, ou sur la portion flottante de sa membrane. Ces couches pseudo-membraneuses, comme toutes celles analogues, varient pour l'étendue, l'épaisseur et la densité. Plus la matière exhalée a été abondante, à cause de l'intensité de l'inflammation ou de sa durée, et plus la couche lymphatique est étendue; elle l'est rarement assez pour recouvrir tout le péricarde, et ordinairement il n'y a qu'une de ses régions qui en soit enduite. Nous avons pourtant eu occasion de voir une pseudo-membrane revêtir tout l'intérieur du péricarde, et lui servir comme de doublure. On n'observe ordinairement qu'un feuillet à ces fausses membranes, mais, dans quelques occasions, il y en a deux et même trois, comme nous en citerons un exemple dans la suite de cet article. L'épaisseur de ces couches albumineuses varie depuis une ligne et moins, jusqu'à cinq à six et davantage : plus la matière albumineuse est étendue, et moins elle a en général d'épaisseur : c'est ordinairement vers

le cœur et surtout sur les oreillettes qu'on trouve les fausses membranes ayant de plus fortes proportions. Quant à la consistance, elle dépend entièrement du temps qui s'est écoulé depuis que ces membranes ont été formées. Elles sont d'autant plus fermes, plus denses, que ce temps a été plus long. Si la maladie parcourt les périodes dont elle est susceptible, ces fausses membranes sont dans le cas de s'organiser au moyen de l'adhérence qui a lieu alors entre la lame libre du péricarde et celle qui se réfléchit sur le cœur. Une circonstance influe pourtant sur ces fausses membranes, quant à leur consistance, c'est qu'il arrive qu'après avoir été produites, le mode de sensibilité organique venant à changer, il y a des liquides séreux d'exhalés, et alors elles sont détachées de dessus le péricarde, délayées dans la sérosité, et flottantes dans la capacité de la membrane; c'est dans ce cas que l'on trouve un liquide trouble à cause de la matière albumineuse délayée, et rempli de débris de ces fausses membranes, de flocons plus ou moins nombreux et consistans. Comme les pseudo-membranes sont quelquefois un peu rugueuses à leur surface, cela a donné lieu à quelques praticiens peu observateurs, de croire à la présence de pustules varioliques sur le péricarde dans des sujets qui avaient présenté une péricardite compliquant la variole qui les avait fait périr.

5°. *Adhérences.* Elles ont lieu par deux causes différentes, ou par suite de la production de fausses membranes qui s'organisent, ou bien par le fait d'une sorte d'inflammation connue sous le nom d'*adhésive*.

Lorsque les fausses membranes dont nous venons de parler au numéro précédent, ont été produites, et qu'elles s'organisent, ce n'est qu'en contractant des adhérences par leurs deux faces avec les feuillets libre et cardiaire du péricarde : aussitôt que le contact a lieu, il y a absorption des parties les plus liquides de la couche albumineuse, fonction à laquelle ces deux portions de membrane séreuse paraissent contribuer; dès-lors la fausse membrane diminue d'épaisseur, acquiert de la densité; des vaisseaux s'y développent, etc. Par suite de ce travail, la lame flottante du péricarde se colle sur la séreuse du cœur par l'intermède de la production membraneuse. L'adhérence n'est pas toujours générale; elle n'a le plus souvent lieu que dans quelques points, et plus fréquemment à la face antérieure que dans aucune autre région. Lorsqu'elle est formée, elle est rarement assez intime pour qu'on ne la puisse rompre en tirant, même assez légèrement, sur les deux parties unies; ce qui prouve qu'elle n'est jamais bien ancienne, et effectivement il est difficile que la circulation et par suite la respiration

puissent s'exécuter assez régulièrement pour qu'un pareil état, produit d'une manière aiguë, subsiste longtemps.

L'autre espèce d'adhérence, celle que l'on rencontre le plus fréquemment, a lieu au moyen d'un tissu cellulaire plus ou moins lâche, sans la moindre trace de fausses membranes. On l'observe dans des lésions organiques du cœur, où les symptômes de la péricardite n'ont pas toujous été évidens; et, le plus souvent même, sans qu'on en ait soupçonné l'existence. A l'ouverture des cadavres, on trouve la lame flottante du péricarde adhérente à celle qui tapisse le cœur, au moyen de filamens celluleux, et sans autre désordre qu'un peu de rougeur et d'épaississement de la membrane séreuse. M. Laënnec pense que l'adhérence par fausse membrane a lieu dans la péricardite aiguë, tandis que la péricardite chronique produit celle-ci que nous appelons adhésive, et qui a lieu par l'absorption de la sérosité épanchée, s'il n'y a eu que ce liquide de produit. L'adhérence est par fois si intime dans cette dernière variété qu'on serait tenté de la croire ancienne, si la circulation pouvait se faire intégralement avec une entrave semblable. On ne peut acquérir sur ce sujet une conviction intime, puisque les parties ne sont en évidence qu'après la mort; mais autant qu'il est permis de former des conjectures, lorsque quelques faits semblent venir à leur appui, il y a lieu de croire que certains individus ont pourtant vécu avec une adhérence complette du cœur et du péricarde pendant un espace de temps qu'il est difficile d'estimer avec précision: à la mort de ces individus, on a reconnu à l'organisation du tissu cellulaire, à sa couleur, à sa consistance, etc., qu'il pouvait comporter un certain laps de temps. M. le docteur Laënnec (*Auscult. médiat.*, t. II, p. 372) dit qu'il a ouvert un grand nombre de sujets qui ne s'étaient jamais plaints d'aucun trouble dans la respiration ou la circulation, ou qui n'avaient présenté aucun signe semblable dans leur maladie mortelle, quoiqu'il y eût adhérence intime et totale des poumons et du cœur. Il est porté à croire, d'après le nombre de cas qu'il a rencontré, que l'adhérence du cœur au péricarde ne trouble *souvent* en rien l'exercice de ses fonctions, il lui a paru seulement que la contraction des oreillettes devenait beaucoup plus obscure quand elles étaient adhérentes au feuillet fibreux du péricarde. Comme l'adhérence du péricarde est heureusement une maladie rare, nous n'avons pu la rencontrer *un grand nombre de fois*, et vérifier l'assertion de M. Laënnec.

C'est cette manière d'être du péricarde, vue sans réflexion, ou par des personnes peu instruites en anatomie, qui a fait croire que quelquefois la séreuse du cœur manquait (Bartholin, *Hist. anat.*, c. IV, n°. 20; Columbus, *De re anat.*, l. XV, p. 489; Schenckius, *Observat.*, l. II, n°. 175; Tulpius, *Observ.*, l. II,

c. xxv, etc.) lésion qui n'a jamais été rencontrée, si ce n'est peut-être dans quelques fœtus point viables; ce qui prouve qu'il en a été ainsi dans la première supposition, c'est que ces mêmes auteurs n'ont pas manqué d'ajouter qu'alors le cœur adhérait au diaphragme, circonstance indispensable, puisque l'enveloppe du cœur a son attache inférieure à la face supérieure de ce muscle. Cette dernière adhérence du péricarde au cœur, que nous présentons ici comme le résultat de l'inflammation adhésive, a semblé à d'autres ne provenir également que de fausses membranes organisées, dont la trame muqueuse et lymphatique avait disparu, pour ne laisser que les lames cellulaires. Il nous est difficile d'accorder que les choses se passent ainsi, car on observe de ces adhérences, dont tout fait soupçonner l'époque récente, ne présentant absolument que des filamens rares, rougeâtres, et qui se rompent avec facilité; on devrait apercevoir des débris membraneux, tandis qu'on ne voit rien de semblable; sur la plèvre, une fausse membrane est environ quarante jours avant de présenter quelques traces évidentes d'organisation et d'adhérence, quoique cette dernière puisse avoir lieu avant cette époque. d'une manière peu intime, et qu'elle ne soit guère alors qu'une simple application; nous ne saurions donc nous empêcher d'admettre les deux espèces d'adhérences dont nous avons parlé, bien qu'il nous soit impossible de signaler les symptômes qui distinguent leur formation du vivant des malades. M. le professeur Corvisart qui a connu l'adhérence sans fausse membrane en admet deux variétés : la première où l'on ne trouve point de filamens celluleux, qu'il appelle *immédiate*, et qu'il suppose produite par les affections rhumatisante et goutteuse, et la seconde où il voit de longs filamens, ayant depuis sept à huit lignes (*filosâ purulentæ materici decoratione funestâ hirtum*, Auenbrugg., *De percut. thor.*) jusqu'à la moindre longueur imaginable. Il nous semble que ce dernier état des filamens constitue l'adhérence immédiate, car il est impossible de supposer une union sans tissu cellulaire allant d'une partie à l'autre.

Ce savant médecin croit que dans la variété d'adhérence produite par de longs filamens, on peut vivre, malgré la gêne qui doit en résulter, sans qu'il y ait une véritable maladie. On soupçonne, suivant lui, cette adhérence à une douleur dans la région du cœur; à des battemens irréguliers de cet organe, à un pouls petit, vite et irrégulier, phénomènes qui s'aggravent par instans et sans motifs; on observe en outre des rougeurs qui montent au visage, causées sans doute par le trouble que l'adhérence apporte dans l'action régulière du cœur, suivant les mouvemens du corps, les affections morales, etc.; il y a quelquefois un sentiment de tiraillement dans le creux épigastrique pen-

dant l'inspiration à cause de l'attache du péricarde au diaphragme, la respiration est haute, fréquente, etc. Tous ces symptômes peuvent bien, suivant nous, donner quelques indices de maladie du péricarde; mais ils nous semblent absolument insuffisans pour qu'on puisse affirmer qu'il y a adhérence de cette membrane avec l'organe central de la circulation.

L'état de gêne habituel dans lequel doivent être les personnes qui ont le péricarde adhérent, les rend, dit-on mélancoliques, et les dispose au suicide. Nous n'avons pas vu cependant que cette cause morbifique ait été plus souvent observée dans ce genre de mort qu'aucune autre. On en avait dit autant de la présence des calculs biliaires dans la vésicule du fiel avec encore moins de motif, puisque ce dérangement est absolument sans douleur. Tous les maux incurables très-douloureux, longs, portent à désirer la mort, et quelquefois à la provoquer, mais nous ne pensons pas qu'il y en ait qui aient le triste privilége de conduire à une fin tragique plus que d'autres.

6°. *Plaques blanches* ou *taches du péricarde*. Dans un assez grand nombre de cadavres, chez des sujets qui n'ont manifesté, au moins dans leur dernière maladie, aucun phénomène qui ait pu faire croire à la lésion du cœur ou du péricarde, on rencontre des plaques blanches, ou taches peu étendues, sur la portion du péricarde qui recouvre le cœur; soit à la face antérieure, soit à la postérieure, ou sur les latérales. Morgagni qui avait aperçu ces taches, les comparait assez justement à des gouttes de cire étalées sur un corps quelconque. Elles consistent dans une opacité locale du péricarde avec peu ou point d'épaississement, et semblent produites par le soulèvement de cette portion devenue opaque par désorganisation; avec de l'attention on reconnaît qu'une légère couche lymphatique s'est épanchée entre la substance du cœur et la lame du péricarde, et que la membrane n'a rien perdu de sa transparence ni de son organisation naturelle. Il est difficile d'expliquer cette exsudation extra-membraneuse, mais elle n'en est pas moins certaine. La tache est quelquefois superficielle, et placée sur la membrane, puisqu'on peut l'enlever sans rompre celle-ci. La cause première de ces taches est difficile à rencontrer; elles ne sont pas le résultat des battemens du cœur contre les côtes, comme on l'a avancé, puisqu'on les observe dans des régions de ce viscère, où il n'y a pas de choc; il est également difficile d'admettre qu'elles soient le résultat d'inflammations légères et partielles qui aient atteint le malade, même à son insu; car elles sont quelquefois si multipliées qu'il faudrait que le malade en eût éprouvé un grand nombre, ce qui eût dû lui donner l'éveil, et l'obliger à demander du secours. M. Laënnec penche pourtant

à croire qu'elles sont le résultat de fausses membranes organisées, etc. Avouons que leur existence est encore un mystère pour l'art; heureusement que cette ignorance est sans conséquence fâcheuse pour l'humanité, attendu l'innocuité de cette très-légère lésion organique.

Il existe encore à la suite de l'inflammation du péricarde d'autres lésions que nous ne mentionnons pas d'une manière particulière attendu leur rareté et le peu qu'on en sait : tels sont les érosions ou ulcères qu'on y rencontre quelquefois, et sur lesquels Hilscher a fait un traité. Tel est l'état cartilagineux dont on trouve quelques exemples dans Riolan (*Anthrop.*, lib. III, cap. XII), Saviard (*Journal des Savans*, 1691), et même l'ossification de cette membrane (Prost, *Médec. éclairée par l'obs.*; etc., t. I, pag. 140). On y a même admis un véritable état squirreux (Zac. Lusitan., *med. prat.*, c. II; hist. 41). Ces altérations d'ailleurs appartiennent plus à l'histoire des lésions organiques du cœur qu'à celle du péricarde.

Nous allons offrir comme complément de l'histoire des désordres du péricarde le résumé de quelques ouvertures de cadavres faites par nous sur des individus affectés de péricardite. Dans un sujet aussi difficile, les faits doivent être soigneusement recueillis.

Péricardite avec granulation du péricarde. Un homme de cinquante ans, crieur de peaux de lapins, eut, après une débauche de deux jours, tous les symptômes qui caractérisent la péripneumonie la plus violente ; après un traitement sur lequel on n'eut que peu de détails, et qui fut infructueux, on l'amena à la clinique de la faculté de médecine de Paris ; il avait alors la figure terreuse, la langue grisâtre, couverte de filets jaunâtres (*villis quasi bysso obducta*, Stoll), la respiration courte, fréquente, de la toux avec douleur dans le côté gauche de la poitrine ; le pouls petit, serré, fréquent ; de la suffocation : il mourut à deux heures le jour de son entrée (19 ventose an XII). Le poumon gauche était consistant, jaunâtre, impropre à la respiration ; le droit était sain. Le cœur était placé presque transversalement sur la colonne vertébrale (nous avons déjà vu cette variété anatomique dans une observation citée plus haut); son volume était un peu augmenté. Le péricarde présentait à sa surface une multitude de petites granulations qui le rendaient rugueux au toucher; il était manifestement plus rouge que dans l'état ordinaire et d'une épaisseur aussi plus considérable; sa cavité contenait quelques onces d'une sérosité trouble et purulente. Cette observation offre l'exemple d'une péricardite méconnue, car on ne reconnut que la péripneumonie, dont on porta même un pronostic heureux, parce que le malade paraissait en assez bon état à l'heure de la visite,

état insidieux, comme le prouva l'événement arrivé dans le jour, et qui doit rendre plus soigneux sur l'examen des maladies et plus réservé sur le pronostic qu'on en porte.

Péricardite avec suppuration considérable. Un ferblantier âgé de quarante-neuf ans, sujet à la dyspnée et à la toux dès son enfance, avait eu cinq ans auparavant une maladie où la gêne de la respiration avait été considérable, avec crachement de sang; elle dura trois mois. Les quatre années suivantes se passèrent assez bien, sauf quelques catarrhes muqueux auxquels participa parfois la conjonctive. Le 9 prairial, il s'éveilla la nuit en sursaut, vomissant de la bile et du sang en quantité assez notable, ayant en outre de la céphalalgie, de la difficulté de respirer, etc. Le huitième jour qui suivit ce trouble gastrique et respiratoire, le malade entra à la clinique où il se plaignit d'une douleur à la partie droite du thorax, qui se faisait sentir en avant et en arrière, augmentant dans les longues inspirations; le coucher avait lieu dans tous les sens; le pouls était petit et fréquent. L'oppression, la gêne de respirer, la toux, une expectoration puriforme, du dévoiement, une grande faiblesse et l'œdème des jambes se montrèrent successivement, sans douleur notable dans la région propre du cœur et sans trouble dans les facultés intellectuelles. Ce malade succomba le vingt-neuvième jour de sa maladie. Les deux poumons furent trouvés sains, le droit un peu adhérent; il y avait un peu de sérosité dans les plèvres. Le péricarde adhérait aux portions contiguës des poumons; ce sac était très-épais, surtout à sa partie antérieure où il était endurci; il s'écoula de son ouverture environ deux livres d'un pus épais, lié, et blanc, comparable à celui qui proviendrait d'un phlegmon du meilleur caractère; après que nous eûmes retiré tout le pus au moyen d'une éponge, nous vîmes qu'il était surtout renfermé dans la partie antérieure du péricarde, ainsi qu'à la postérieure: car à la partie antérieure et gauche il y avait adhérence entre le péricarde et le cœur, ainsi qu'à la région gauche de cet organe. Le feuillet qui recouvre le cœur avait une demi-ligne d'épaisseur au moins, et audessous on distinguait une couche graisseuse de près de deux lignes. Le cœur était sain, il n'y avait aucune communication entre les voies aériennes et le dépôt purulent du péricarde; les viscères abdominaux étaient en bon état, sauf un peu de rétrécissement des intestins. Cette curieuse observation montre encore une péricardite non reconnue; aucun symptôme décisif n'en donna l'éveil; pas de douleur locale remarquable, pas de lipothymies; pas de symptômes accusateurs de la présence du pus, comme les frissons passagers, etc. Est-ce que la maladie aurait sévi d'abord sur la lame fibreuse du péricarde? On serait tenté de le croire

d'après l'absence des signes de l'inflammation séreuse lors de l'invasion de cette affection.

Péricardite avec production de fausses membranes organisées. Une ravaudeuse âgée de cinquante-deux ans n'avait jamais été malade, lorsqu'au mois de nivose de l'an XIII, elle fut atteinte d'une fièvre putride intense, à laquelle succéda une leucophlegmatie, pour laquelle elle vint le mois d'après chercher des secours à la clinique interne de la faculté de médecine de Paris. L'enflure sous-cutanée était considérable et générale; les cavités pectorale et abdominale renfermaient aussi un liquide; les battemens du cœur étaient naturels; le pouls, petit, fréquent, offrait de la régularité; la respiration se faisait mieux ayant la tête élevée. On commença d'abord le traitement de l'hydropisie, parce qu'aucun symptôme n'indiquait la lésion du péricarde; il fit évacuer quelques eaux, et procura un peu de soulagement à la malade. On tenta alors l'emploi de la digitale, et le pouls, qui battait cent fois par minute, tomba certains jours à soixante pulsations, et, en général, il fut toujours de beaucoup audessous du nombre primitif, mais n'allégea point les souffrances, surtout la respiration, qui devint de plus en plus gênée, ce qu'on attribua à l'eau épanchée dans la poitrine. Au bout de vingt-trois jours, on cessa l'emploi de la digitale, parce que le pouls devenait presque insensible; on reprit le traitement ordinaire (les diurétiques) de l'hydropisie, et six jours après elle expira (6 messidor an XIII). Les deux cavités de la poitrine étaient remplies de sérosité, les poumons un peu contractés et endurcis adhéraient à la plèvre costale dans quelques points. Le cœur, augmenté de volume, était très-consistant et uni au péricarde, qui adhérait lui-même aux poumons, ce qui indiquait que la membrane fibreuse participait à l'inflammation de la séreuse. Cette union du péricarde avait effacé les oreillettes, de manière que le cœur, au premier coup d'œil, ne semblait formé que de deux cavités. Cette enveloppe avait, dans quelques endroits, quatre à cinq lignes d'épaisseur: nous la détachâmes assez facilement de dessus le cœur avec le manche du scalpel; nous vîmes alors que cette augmentation de volume était produite par des couches superposées, au nombre de quatre à cinq, de matière albumineuse concrétée; les trois plus internes, c'est-à-dire celles fixées sur le cœur, étaient comme graisseuses; la quatrième et la cinquième avaient l'apparence presque fibreuse, ce qui tenait à une organisation plus avancée; elles donnaient au péricarde la densité qu'il avait, et qui faisait *crier* l'instrument qui le divisait. Le cœur était sans lésion notable, et les viscères de l'abdomen n'offrirent rien de bien remarquable. On voit, dans cette observation, que nous

abrégeons beaucoup, ainsi que les précédentes, une péricardite chronique datant de plusieurs mois, méconnue, sans doute parce que, lorsque la malade fut soumise à l'observation, les symptômes de l'épanchement général prédominaient et avaient comme étouffé ceux de la phlegmasie qui avaient dû être très-saillans à une époque antérieure. On remarque que l'adhérence qui avait lieu ici par l'intermède de fausses membranes, la plus rare des deux espèces admises, n'était pas complette, bien que l'inflammation remontât probablement à trois ou quatre mois.

Dans les trois cas d'ouvertures que nous venons de faire connaître, on voit la maladie méconnue, malgré que les malades aient été traités dans une clinique, et sous les yeux d'un grand nombre d'élèves, dont la plupart déjà fort instruits. Cela prouve la grande difficulté du diagnostic de cette maladie, et combien il faut être sobre de prononcer sur son existence, puisque, quoiqu'on soit en garde, il est parfois impossible de la présumer. Notre avis est que, dans la grande majorité des cas, nous dirions presque dans leur totalité, il est impossible de diagnostiquer d'une manière certaine l'existence de la péricardite. Les exemples que nous venons de citer nous confirmeraient dans cette croyance, s'il en était besoin.

§. III. *Traitement de la péricardite.* Il est heureux pour l'humanité que l'incertitude qui règne dans le diagnostic de la péricardite, et la difficulté de reconnaître cette maladie, n'influent que médiocrement sur le traitement qu'il convient de faire pour la combattre. De nature inflammatoire, n'étant le plus souvent qu'une des fractions de la cause phlegmasique qui a sévi en même temps sur le poumon, la plèvre ou le médiastin, etc., elle exige le traitement de ces mêmes affections, lequel est plutôt dirigé contre l'inflammation que contre telle ou telle espèce en particulier. Il en est ainsi, fort heureusement, pour beaucoup d'autres maladies sur la nature desquelles on n'est pas d'accord en théorie, mais que les esprits les plus divisés traitent absolument de la même manière.

Traitement général. Le premier moyen à employer contre la péricardite, est la saignée; on doit y insister d'autant plus que la maladie est plus récente, dans l'espoir de la faire avorter dès l'origine, ou du moins d'en diminuer tellement la gravité, qu'elle marche ensuite sans danger. La saignée générale est à préférer d'abord, sauf à recourir ensuite à des saignées locales sur la région du cœur, par des sangsues ou des ventouses scarifiées. Les saignées locales doivent être pratiquées exclusivement, si la péricardite est à l'état chronique lorsqu'on est appelé pour y apporter remède. Nous avons l'expérience multipliée de la bonté de ces émissions sanguines circons-

crites sur de nombreux malades, sinon pour guérir des péricardites graves, du moins pour les soulager, et pour enlever parfois, comme par enchantement, des douleurs de la région du péricarde, qui pouvaient provenir d'une phlogose de cette membrane, ou au moins de son irritation passagère ou de celle du cœur. On doit répéter les saignées générales et locales, mais surtout les dernières, suivant l'urgence des cas, en se rappelant qu'à l'état aigu la maladie n'a que quelques jours à durer, et qu'il faut en profiter pour se hâter d'appliquer les moyens convenables. Dans la chronicité de l'affection, on a, à la vérité, plus de temps pour l'application des moyens thérapeutiques; mais ils sont d'un succès moins présumable, à cause des ravages déjà faits, et des altérations que le tissu des parties peut avoir déjà éprouvées.

Les boissons délayantes, rafraîchissantes, émollientes sont celles qu'il convient d'employer dans les diverses périodes de cette maladie, qu'elle ait le type aigu, subaigu ou chronique. Elles doivent être prises d'autant plus abondamment, que l'inflammation est plus vive, plus prononcée, et qu'elle a un développement plus prompt. La soif des malades en indique assez la nécessité, et lors même qu'elle est peu marquée, comme il peut arriver dans la péricardite chronique, il convient d'ingérer ces liquides assez abondamment, pour diminuer l'irritation générale, et provoquer des transpirations plus ou moins marquées, qui pourront être salutaires, ou pour augmenter le cours des urines.

Les moyens locaux pris parmi les vésicans doivent également être mis en usage dans le traitement de la péricardite. Leur action peut être avantageuse, si une cause rhumatisante, goutteuse, psorique, dartreuse, etc., a été la source de l'affection que l'on combat; dans la supposition où elle serait purement inflammatoire, ces moyens pourraient également convenir comme dérivatifs. C'est particulièrement dans la péricardite chronique que les révulsifs externes sont utiles, soit parce que, le plus souvent, elle dérive des causes que nous venons d'énoncer, soit parce qu'ils ont plus de prise sur ce genre d'altération à ce degré. Les synapismes, les épispastiques, les linimens ammoniacaux, le garou, etc., appliqués sur la région du cœur, peuvent aider à obtenir la résolution de la maladie, ou au moins à en diminuer l'intensité; ce qui rend plus faciles et plus heureuses les terminaisons que la nature ne manque pas de tenter. Le plus souvent, on se bornera à des applications instantanées, aux vésicatoires volans, etc., car c'est moins de la suppuration qu'il est utile d'obtenir, qu'une déviation du principe morbifique, et on y parvient mieux en agissant vivement et d'une manière énergique que par des moyens longtemps continués.

Des applications d'une autre nature peuvent particulièrement convenir dans la péricardite purement inflammatoire : ce sont celles composées de fomentations froides, d'oxycrat, par exemple, ou émollientes, de cataplasmes adoucissans, d'embrocations huileuses, anodines, etc. Des solutions opiacées pourraient aussi être tentées, mais ce ne serait qu'avec retenue qu'il faudrait en faire usage, dans la crainte que leur absorption n'augmentât le mouvement circulatoire du sang, et par conséquent l'irritation inflammatoire.

On pense bien qne les complications qui existent le plus ordinairement avec la péricardite doivent faire modifier le traitement général, pour le rendre en partie applicable à ces complications; si elles sont de nature inflammatoire, elles y changent peu de choses, comme lorsqu'il existe en même temps, pneumonie, pleurésie, ou pleuro-péripneumonie, etc. Dans la complication hydropique, on doit joindre l'usage de quelques diurétiques au traitement que nous venons d'indiquer. Si la toux ou une fièvre catarrhale marchent simultanément avec la péricardite, on devra associer les gommeux, les béchiques, avec les autres moyens antiphlogistiques; en un mot, on agira d'après l'espèce de complication existante, c'est-à-dire qu'on modifiera les moyens qui conviennent, lorsque la maladie, par une supposition théorique, est à l'état de simplicité.

Tels sont les conseils généraux que l'on peut donner sur le traitement de la péricardite, et qui doivent guider le praticien dans la conduite à tenir contre cette cruelle maladie. Leur insuffisance, dans le plus grand nombre des cas, ne doit pas empêcher de les mettre en pratique; un succès inattendu en est parfois le résultat; d'ailleurs, la probité médicale veut que nous agissions toujours comme si le succès devait couronner nos efforts.

De l'ouverture du péricarde. Lorsque, par snite de l'inflammation du péricarde, il s'y est manifesté un épanchement purulent, ou même séreux, abondant, on a demandé s'il n'y aurait pas de l'avantage à en procurer l'issue, dans l'espoir de tirer le malade de la position fâcheuse et presque certainement mortelle où il se trouve. L'innocuité de l'ouverture du péricarde, prouvée par les observations de Galien et de Harveuis, qui ont vu le cœur à nu sans que les malades en mourussent; l'exemple de l'abdomen, de la poitrine même, qu'on ouvre dans des occasions semblables, ont pu faire espérer qu'on pourrait pratiquer sans danger une opération analogue sur le péricarde. Sénac est, je crois, le premier qui ait proposé formellement l'ouverture du péricarde, pour en extraire les liquides épanchés dans sa cavité, et Desault, celui qui a tenté

le premier d'exécuter cette opération, sans y parvenir, comme on va le voir dans l'observation suivante.

Un homme vient se présenter à la Charité avec tous les signes qui semblaient indiquer un épanchement dans le péricarde. Dubois, Sue, Dumangin et Desault, réunis en consultation, ne s'accordèrent pas sur le lieu de l'épanchement, les uns disant qu'il avait lieu dans la poitrine, les autres dans le péricarde. Desault proposa une opération qui convenait à l'un et à l'autre cas, c'était d'ouvrir la poitrine entre la sixième et la septième côte du côté gauche, vis-à-vis la pointe du cœur, en intéressant la peau, l'entrecroisement des muscles grand oblique et grand pectoral et le plan des intercostaux : ce projet fut approuvé et exécuté le lendemain. L'incision ayant été faite avec les précautions convenables, Desault porta les doigts dans la poitrine, et sentit une poche pleine d'eau, qu'il prit, ainsi que les autres consultans, pour le péricarde; il l'ouvrit, ce qui donna issue à une chopine d'eau, qui s'échappa avec une sorte de sifflement à chaque expiration; on crut sentir le cœur à nu. Les accidens, qui se calmèrent d'abord, reparurent ensuite, et le malade mourut le quatrième jour après l'opération. On reconnut, à l'ouverture, qu'on n'avait point ouvert le péricarde, qui était adhérent au cœur, mais seulement une poche formée par le bord du poumon gauche et le péricarde. Chez un autre sujet soumis également à l'observation de Desault, une hydropisie très-marquée du péricarde ne fut pas soupçonnée, et le malade fut déclaré poitrinaire (*OEuvres chirurgicales*, etc., *de Desault*, tom. II, pag. 304).

M. le docteur Larrey tenta depuis l'ouverture du péricarde, pour procurer l'issue d'une collection séreuse qui y était contenue; il croit même avoir réussi à ouvrir cette cavité; mais les altérations pathologiques survenues après cette opération, chez le malade, ne permettent pas d'affirmer d'une manière positive que le péricade ait été intéressé, ou s'il n'incisa qu'un kyste placé à son voisinage.

Jusqu'alors, on ne possédait point encore d'observation réelle d'ouverture du péricarde. Un médecin espagnol, M. Romero, de Barcelone, professeur à l'université d'Huesca d'Arragon, présenta à la société de la faculté de médecine de Paris un mémoire curieux, intitulé *Observatio de pectoris hydrope*, dont M. le docteur Husson et moi fûmes chargés de rendre compte. Nous allons faire connaître la substance de ce travail dont nous fûmes rapporteur, parce qu'il est presqu'en entier relatif à l'hydro-péricarde.

Ce médecin espagnol, ayant habité longtemps les bords de la mer en Andalousie, y observa des hydrothorax et des hydro-péricardes fréquens et presque endémiques, qu'il at-

tribue aux vents humides et chauds, aux brusques transitions atmosphériques qui règnent dans cette contrée, aux boissons abondantes, à la mauvaise nourriture qu'y prennent ses habitans, etc. Rebuté de voir les traitemens les mieux indiqués être sans succès, il chercha un moyen plus efficace, et il crut l'avoir trouvé dans celui qu'il propose. Après s'être assuré que l'hydropisie n'est pas dépendante de la lésion d'un viscère, c'est-à-dire qu'elle est essentielle, parce qu'il n'ignore pas que, dans le cas contraire, elle est audessus des ressonrces de l'art, il lui reste à distinguer dans quelle cavité l'épanchement a lieu. Pour y parvenir, il pratique une incision à la poitrine, entre la cinquième et la sixième côte (en comptant de haut en bas), à la naissance de sa portion cartilagineuse, chez les hommes de stature ordinaire, et entre la quatrième et la cinquième chez ceux de petite stature; cette ouverture doit pénétrer jusque dans la poitrine. Au moyen du doigt, M. Romero s'assure s'il y a de l'eau dans le péricarde. S'il en rencontre, il saisit une petite portion de cette membrane, et la coupe avec des petits ciseaux courbes : la sérosité coule dans la poitrine; mais en faisant prendre au malade une position convenable, elle s'épanche au dehors. S'il n'y a pas de sérosité dans le péricarde, mais seulement dans la poitrine, l'ouverture pratiquée suffit encore pour la faire écouler : ce qui dispense de l'incision de l'enveloppe du cœur. S'il n'y avait d'épanchement ni dans l'une ni dans l'autre cavité séreuse, et qu'on se fût trompé dans son diagnostic, M. Romerō laisse cicatriser la plaie extérieure. Mais en pratiquant ce moyen de vider les sérosités de la poitrine, notre collègue sait bien qu'il ne fait que pallier le mal, et que la cause productrice n'est pas enlevée. Il parvint à la combattre efficacement par un traitement corroborant, pris parmi les toniques les plus forts, dans l'usage d'un air plus pur, et d'une nourriture plus succulente.

L'ouverture de la poitrine doit être tenue bouchée avec une mèche de charpie, et tous les jours on met le malade en position, après avoir ôté la mèche, pour donner issue à la sérosité. Au troisième jour, d'après la méthode de l'auteur, il laisse fermer la plaie de la poitrine, qu'il couvre toujours de manière à ce que l'air ne puisse pénétrer dans la plèvre ou dans le péricarde.

Ce traitement a été mis en usage sur huit individus : trois avaient des hydropéricardes, et cinq des hydrothorax. En voici une note beaucoup trop courte, que je tiens de M. Romero lui-même, qui ne l'a pas insérée dans son mémoire.

1°. Ant. Mira, agriculteur, âgé de trente-cinq ans, demeurant à Agatta, en Andalousie, malade depuis cinq mois, a été opéré par M. Romero devant M. Grenier, chirurgien al-

lemand, établi à Alméric : ce sujet guérit parfaitement de son hydro-péricarde.

2°. Trépart, agriculteur, âgé de trente-sept ans, demeurant à Almillia, en Andalousie, a été opéré de l'hydro-péricarde avec succès devant M. Cisneros, chirurgien résidant à Alméric; il était malade depuis trois mois.

3°. Un homme âgé de quarante-cinq ans, trafiquant dans les campagnes, malade depuis huit mois, a été également opéré de la même maladie, mais sans succès, à cause, dit M. Romero, des adhérences du péricarde avec le cœur, qui ne permirent pas de vider complétement cette cavité.

Les cinq autres malades étaient affectés d'hydrothorax; il y avait parmi eux deux femmes; tous avaient moins de trente-cinq ans, et tous guérirent, à l'exception d'un homme qui ne voulut pas faire usage de corroborans après l'opération.

Le médecin de la péninsule veut qu'on fasse l'ouverture de la poitrine aussitôt que le liquide y est évident, et qu'on n'attende pas que le malade soit épuisé, pour la pratiquer.

La société, à qui nous communiquâmes notre rapport sur le mémoire de M. Romero, n'osa point en ordonner l'impression, dans la crainte que l'espèce d'attache que son insertion dans son Bulletin semblerait lui donner, ne provoquât d'autres personnes à pratiquer cette opération délicate, et qui peut avoir les plus graves inconvéniens d'après l'opinion reçue jusqu'ici. Elle ne vit pas dans la personne de l'auteur, médecin étranger et inconnu jusque-là chez nous, assez de responsabilité pour autoriser la pratique d'une méthode curative qui pourrait conduire à tant de désordres. Elle aima mieux la laisser dans le silence de ses archives, que de faire croire qu'elle y donnait son approbation.

Il faut avouer aussi que M. Romero ne nous a pas mis à même d'apprécier la partie la plus difficile de la maladie; c'est-à-dire qu'il ne nous a pas fait connaître les symptômes qui lui indiquent qu'il y a hydro-péricarde ou hydrothorax : car la nécessité de l'opération ne résulte que de la connaissance que l'on acquiert de la présence d'un épanchement. Il est vrai que, d'après sa manière de voir, ces signes ne sont pas aussi nécessaires que pour nous, puisqu'il pratique l'ouverture de la poitrine, autant comme moyen d'investigation que comme procédé curatif; tandis que nous n'en venons chez nous à cette extrémité que lorsque toute autre ressource nous est interdite, parce que nous ne la regardons que comme un palliatif contre des souffrances extrêmes.

M. le professeur Richerand, ayant pratiqué, il y a environ un an, la résection de côtes et d'une portion de la plèvre cancéreuse, opération qui a valu à son auteur autant de blâme que

d'éloges, vu son insuccès, dit que le péricarde est transparent sur le vivant ; ce qui permet, dit-il, de distinguer s'il contient de la sérosité : il ajoute que cette enveloppe jouit d'une sorte d'insensibilité, puisqu'on peut la toucher du doigt sans que le malade en soit averti. A la vérité, cette transparence a été niée par d'autres chirurgiens, qui en ont jugé surtout d'après ce qu'on voit dans les animaux où elle n'a pas lieu. Je dois prévenir que M. Romero, qui a ouvert plusieurs fois le péricarde, ne m'a jamais dit avoir rien observé de semblable. M. Richerand pense donc que cette transparence, et la possibilité, dont il a acquis une nouvelle preuve dans l'opération du chirurgien Michelau (de Nemours), de pouvoir ouvrir la poitrine sans inconvénient, autorisent l'incision de l'enveloppe du cœur dans une maladie à laquelle l'individu doit nécessairement succomber, comme une hydropisie du péricarde, et qu'on peut faire au devant du cœur une ouverture qui permettrait d'évacuer l'eau dans laquelle cet organe est plongé. Suivant lui, on doit tenter même de guérir radicalement la maladie en déterminant une inflammation adhésive des surfaces séreuses par des procédés analogues à ceux dont on fait usage pour la cure de l'hydrocèle. Il prie ses confrères *de lui procurer l'occasion de pratiquer cette opération sur un individu point trop affaibli par l'âge ou la maladie, si même ils n'aiment mieux tenter l'opération qu'il propose* (*Histoire d'une résection des côtes*, etc., lue à l'académie des sciences, etc.). Cette opinion a été vivement combattue, et, suivant nous, avec raison, d'abord parce que toute substance irritante, en enflammant la membrane du cœur, produirait une autre maladie mortelle, et que, lors même qu'on parviendrait à produire l'adhérence du péricarde, il en résulterait une affection qui pourrait conduire également le malade au tombeau, comme nous l'avons fait pressentir dans le courant de cet article.

Si on résume tout ce que nous venons de dire sur l'ouverture du péricarde, on verra que nous n'avons point encore en France d'exemple évident de son ouverture; qu'à la vérité, M. Romero a ouvert deux fois avec succès cette cavité, mais que son travail n'a point paru assez fort de preuves, eu égard à ce que l'on sait jusqu'ici sur le danger de cette ouverture, pour qu'on doive y ajouter une foi entière. Il en résulte donc que, dans l'état actuel de la science, on ne doit point encore autoriser cette opération ; qu'elle a besoin d'être de nouveau approfondie, méditée et livrée aux maîtres de l'art. On ne saurait apporter trop de prudence, disons trop d'hésitation à la pratiquer, quand on voit ce qui est arrivé à Desault. Nous croyons même qu'on ne doit la permettre que comme

moyen extrême, et lorsque tout autre ne laisse plus le moindre espoir de soulagement.

M. Laënnec prétend (*Auscultation médiate*, t. II, p. 375) qu'il ne serait pas absolument impossible de remédier efficacement à l'épanchement du péricarde par un moyen chirurgical; il croit que l'opération la plus utile et la moins dangereuse que l'on pourrait faire serait la trépanation du sternum, audessus de l'appendice xiphoïde. Cette opération, dit-il, ne présente rien de dangereux par elle-même : elle est d'une exécution facile; et, permettant de voir et de toucher à nu le péricarde, elle offrirait l'avantage de vérifier le diagnostic avant d'ouvrir ce sac membraneux, seule partie de l'opération qui pourrait être accompagnée de quelque danger, à raison de l'inflammation du péricarde qui pourrait s'ensuivre par l'introduction de l'air, et que peut-être même il faudrait exciter par des injections légèrement stimulantes pour obtenir la guérison de l'épanchement. On sent que ces réflexions théoriques n'auraient de valeur que si l'expérience venait à appuyer le raisonnement qui les a dictées : sous ce rapport, les reproches faits à M. Richerand s'appliquent à la proposition de M. Laënnec. Nous ajouterons que la trépanation du sternum est une opération grave à cause de l'air qui pourrait, par la rupture du médiastin, pénétrer dans les deux cavités de la poitrine en même temps, et tuer instantanément le malade.

Si absolument on jugeait qu'il pût y avoir lieu de pratiquer l'ouverture du péricarde, le procédé de M. Romero nous paraîtrait préférable. Le lieu d'incision qu'il désigne suivant la stature des individus doit être fidèlement suivi, car nous en avons vérifié l'exactitude sur le cadavre; Desault, qui indiquait de l'exécuter entre la sixième et la septième côte, devait faire une plaie plus basse que la pointe du cœur, surtout dans les sujets d'une taille audessous de la commune. Il faudrait bien en outre se garder de faire l'ouverture du péricarde avec un trocart, comme le recommande Senac; car ce procédé pourrait avoir de graves inconvéniens.

Mais la difficulté d'établir sûrement le diagnostic de l'épanchement militera toujours, autant que les conseils de la prudence et du vrai savoir, contre l'opération de l'ouverture du péricarde. Le doute à cet égard est tel, qu'il est impossible au plus docte comme au moins habile de rien affirmer de positif; les conjectures que l'on peut former, et qui peuvent approcher plus ou moins de la conviction morale, laquelle, au besoin, pourrait suffire pour baser un traitement, sont encore très-loin de la certitude physique, indispensable pour pratiquer une opération hasardeuse, grave, et dont les conséquences peuvent

être les plus tristes. On a vu plus haut qu'il y a beaucoup de difficultés pour établir l'existence de la péricardite, elles sont bien autrement nombreuses lorsqu'il s'agit d'affirmer qu'il y a épanchement; et enfin lors même qu'on parviendrait à reconnaître la présence d'un liquide, il resterait à décider s'il faut en procurer l'issue : question qui ne peut encore être résolue en dernier ressort dans l'état actuel de la science, mais qui nous paraît devoir l'être négativement jusqu'à ce que l'art ait acquis de nouvelles données sur ce point capital de pathologie interne.

HOFFMANN (Maur.), *Dissert. de pericardio. Alt.*, 1690.
LANZONUS, *De pericardio.*
BILSCHER, *Diss. de exulceratione pericardii et cordis exemplo illustrata. Ienæ*, 1742.
LEMAZURIER (M. J.), Dissertation (inaugurale) sur la péricardite; 31 pages in-4°. Paris, 1810.
CORVISART, De la péricardite (dans l'*Essai sur les maladies et les lésions organiques du cœur*, deuxième édition, p. 4. Paris, 1811).
ROUILLIER (J. C.), Dissertation (inaugurale) sur la difficulté du diagnostic de la péricardite; 21 pages in-4°. Paris, 1812.
LAENNEC, De la péricardite (dans l'ouvrage intitulé : *De l'auscultation médiate*, t. II, p. 368. Paris, août 1819).
PORTAL, Quelques remarques sur l'inflammation du péricarde (dans le quatrième volume des *Mémoires sur la nature et le traitement de plusieurs maladies*, p. 1. Paris, septembre 1819).
BAILLIE (Matthieu), États pathologiques du péricarde. V. *Traité d'anatomie pathologique du corps humain*. Traduit en français par Ferral; p. 1-18; in-8°. Paris, 1803.

(MÉRAT)

PÉRICARPE. On a donné ce nom aux médicamens qu'on appliquait autour du poignet pour guérir la fièvre; il est presque synonyme d'épicarpe. *Voyez* ce mot, t. XII, p. 465.

(F. V. M.)

PÉRICHONDRE, ou PÉRICONDRE, s. m., *perichondrium*, membrane qui recouvre les cartilages non articulaires et qui est entièrement analogue au périoste par son organisation et ses usages. Le larynx, les côtes, l'offrent d'une manière très-sensible; il est mince, à fibres entrecroisées en tous sens, moins strictement uni aux organes qu'il revêt, que le périoste ne l'est aux os, parce que les cartilages ayant à leur surface des trous moins nombreux, il n'y envoie pas une aussi grande quantité de prolongemens fibreux : de là un rapport moins intime entre la vie du périchondre et celle du cartilage.

Bichat (*Anat. génér.*, tom. II, pag. 188) dit avoir dénudé deux fois sur un jeune chien le thyroïde de sa membrane externe et refermé tout de suite la plaie, qui a été guérie sans altération apparente dans l'organisation du cartilage; au moins

a-t-il continué à remplir ses fonctions. Le périchondre a paru, dans plusieurs injections, contenir beaucoup moins de vaisseaux que le périoste.

Nous remarquerons ici que toutes les fois qu'il se forme un abcès entre le périchondre et les cartilages du larynx, ces derniers deviennent osseux. Est-ce que l'inflammation de ces cartilages favoriserait l'exhalation du phosphate de chaux? Nous avons eu occasion de faire plusieurs fois cette remarque sur les cartilages cricoïde et arythénoïdes. (M. P.)

PÉRICRANE, s. m. On donne généralement ce nom au périoste des os du crâne; cependant quelques anatomistes appellent ainsi l'aponévrose épicrânienne qui sert à unir les muscles occipital et frontal. Nous pensons qu'on ne doit employer ce mot que pour exprimer le périoste des os du crâne. En admettant cette dernière définition, nous dirons que le péricrâne offre la plus parfaite analogie avec le périoste; qu'il transmet les matériaux nécessaires à la nutrition des os; que sa destruction est suivie de la nécrose des os du crâne à l'endroit où il a été enlevé; que chez les enfans ses vaisseaux communiquent avec ceux du crâne, et que cette comunication n'a plus lieu dans la vieillesse. Dans l'opération du trépan, il faut avoir soin, avant d'appliquer la couronne, d'inciser crucialement le péricrâne et d'en soulever les lambeaux. *Voyez* TRÉPAN. (M. P.)

PÉRIDESMIQUE, adj., *peridesmicus*, de περι, autour, et de δεσμος, lieu. On désigne de cette manière l'impression faite par la constriction plus ou moins forte d'une ligature appliquée sur une partie molle. Telle est, par exemple, celle causée par le garot ou le tourniquet, lorsqu'on se sert de ces instrumens pour arrêter ou prévenir une hémorragie. (R.)

PÉRIÉRESE, s. f., *perieresis*, de περι, autour, et de ερεσσω, je rame: c'était une incision que les anciens pratiquaient autour des grands abcès, on ne sait trop dans quelle intention. Cette pratique vicieuse est depuis longtemps abandonnée pour le traitement de ce genre d'affection; on n'y a recours que dans les cas où il s'agit de l'ablation d'une tumeur plus ou moins volumineuse, placée dans quelque point de la surface du corps: telles sont certaines loupes et tumeurs cancéreuses, que l'on est forcé de cerner à leur base par une incision circulaire, afin d'enlever toutes les parties comprises dans cette espèce de cercle. Il en est de même encore pour l'amputation des membres, qui se fait le plus ordinairement par une incision circulaire, ou périérèse. (R.)

PÉRIGLOTTIS, s. m.: nom que l'on donne à la glande épiglottique. C'est un petit corps graisseux et celluleux dans sa

presque totalité, appliqué dans sa partie inférieure, sur un certain nombre de grains glanduleux, quelquefois réunis en masse, d'autres fois isolés, et envoyant des prolongemens dans chacun des trous qui recouvrent l'épiglotte. Les parties graisseuses et celluleuses prédominent quelquefois tellement, que les points glanduleux sont presque insensibles. Ce petit corps se trouve placé dans un espace triangulaire, borné en arrière par l'épiglotte, en avant par la membrane thyro-hyoïdienne, en haut par la thyro-épiglottique, en bas par la réunion du cartilage thyroïde avec l'épiglotte, et sur les côtés par les replis que forme la membrane muqueuse après avoir tapissé les espaces qui se trouvent entre les côtés du thyroïde et le cricoïde. *Voyez* ÉPIGLOTTIQUE. (R.)

PÉRINÉAL, adj., *perinealis*, ou périnéen, *perinæus;* qui appartient au périnée. C'est par cet adjectif qu'on désigne les vaisseaux et nerfs du périnée. Sauvages a appelé *ischurie périnéale* celle qui est causée par une tumeur située dans cette partie On dit quelquefois le *détroit périnéal* en terme d'accouchement, pour désigner le détroit inférieur du bassin. *Voyez* PÉRINÉE. (F. V. M.)

PÉRINÉE, s. m., *perinœum*, de περὶ, autour, et de ναίειν, habiter. On donne ce nom à l'espace qui est entre l'anus et les organes génitaux. Peu de régions du corps sont composées, comme le périnée, de parties plus importantes à connaître, à cause du nombre et de la gravité des maladies qui peuvent les affecter. Nous allons d'abord jeter un coup d'œil sur la disposition de cette région et des parties qui entrent dans sa composition ; nous examinerons ensuite les maladies qui y siégent.

I. *Du périnée.* Le périnée est cet espace qui se trouve à la région inférieure du tronc, entre les tubérosités sciatiques, l'anus et les parties génitales. Cet espace, moins grand chez la femme que chez l'homme, est de la forme d'un carré irrégulier, enfoncé dans son milieu d'avant en arrière; il est partagé en deux parties par une ligne médiane qu'on nomme *raphé.* La peau de cette partie est souple, molle, extensible; elle va en s'amincissant, à mesure qu'elle approche de la marge de l'anus, et elle présente dans cet endroit des rides concentriques.

En procédant d'avant en arrière, voici, après avoir enlevé la peau, les parties qu'on remarque : on voit d'abord un espace de forme triangulaire rempli de graisse ; cet espace est borné en arrière par le muscle sphincter externe, en dedans par le muscle bulbo-caverneux, et en dehors par l'ischio-caverneux. L'artère superficielle du périnée, branche de l'artère honteuse interne, et un filet de nerf qui l'accompagne, se trou-

vent dans cet espace graisseux, près de ce dernier muscle. Plus haut, se rencontre le muscle transverse du périnée, et immédiatement audessus rampe l'artère du bulbe, ou transverse du périnée. Après avoir enlevé toutes les parties qui viennent d'être indiquées, on voit en dehors la racine du corps caverneux; un peu plus haut, et vers le côté interne de la branche de l'ischion et de celle du pubis, on aperçoit l'artère honteuse interne et le nerf du même nom. Du côté interne on trouve le bulbe de l'urètre, sa portion membraneuse et la glande prostate. Plus en arrière, et immédiatement audessus de la peau, on remarque toute l'étendue du muscle sphincter externe; audessus de celui-ci, on observe le muscle ischio-coccygien et le releveur de l'anus. La face externe de ce dernier muscle est recouverte par beaucoup de graisse, et la face interne répond au rectum, au bas fond de la vessie et à la glande prostate; après cela on aperçoit l'anus. *Voyez la disposition anatomique des parties qu'on intéresse dans l'opération de la taille*, tom. XXVIII, pag. 380.

II. *Périnée* (maladies du). Des tumeurs, des plaies et des ulcères sont les maladies ordinaires qui peuvent affecter le périnée.

Des tumeurs. Lors d'une ancienne plaie à la vessie ou à l'urètre, non complétement cicatrisée, des pierres peuvent se développer dans l'épaisseur même du périnée, et y former tumeur. Des parties renfermées dans l'abdomen s'échappent et sortent quelquefois de cette cavité à travers un éraillement des fibres charnues du muscle releveur de l'anus, et vont former hernie au périnée; mais les tumeurs les plus ordinaires sont les abcès de cette région. Nous allons successivement examiner ces différentes tumeurs.

III *Tumeurs au périnée formées par la présence des pierres.* La science possède déjà un grand nombre d'observations sur des pierres formées par l'urine infiltrée d'une manière particulière dans le tissu cellulaire du périnée, ou bien sur des pierres contenues dans la vessie et formant cystocèle. Ces tumeurs, leurs variétés et les causes qui les déterminent, méritent l'attention des gens de l'art; mais avant de faire l'histoire de ces tumeurs, je vais donner le précis de quelques observations de pierres formées dans l'épaisseur du périnée, soit à la suite de l'opération de la taille, soit de toute autre manière. Ces observations feront connaître la cause de la formation de ces pierres, et les moyens de remédier à cet accident.

Première observation. Un enfant de dix ans portait au côté gauche du périnée une tumeur du volume d'une grosse noix, recouverte par une cicatrice ferme, résultat de l'opération de la taille qu'il avait subie deux ans auparavant.

Louis, aux soins de qui le jeune malade était confié, s'aperçut, en examinant la tumeur, que l'appareil était mouillé, et vit une ouverture à la partie supérieure de la cicatrice, et un corps blanc qui faisait saillie : c'était une pierre du volume de l'amande d'une grosse aveline, qu'il retira avec une pince à anneaux : il sentit, avec l'extrémité boutonnée d'une sonde, que toute la circonférence de l'espace qu'avait occupé cette pierre, était dure ; on sentait à nu avec la sonde une concrétion calculeuse. Louis fit une incision longitudinale sur toute l'étendue de la tumeur, pénétra jusqu'au corps étranger, et le mit à découvert. Après qu'il l'eut enlevé, quatre autres se montrèrent encore ; il en fit successivement l'extraction : de sorte que cette tumeur était formée par six petites pierres agglomérées qui avaient des surfaces assez égales, convexes et concaves sur les côtés vers lesquels elles se correspondaient. Chaque pierre était enfermée dans une poche celluleuse particulière, ce qui obligea, pour les extraire, de faire une incision sur chacune des petites poches membraneuses qui contenaient ces calculs. (*Voyez Mémoires de l'académie de chirurgie*, tom. III, pag. 333).

Deuxième observation. Tolet parlant des opérations laborieuses de lithotomie faites à l'hôpital de la Charité de Paris, fait mention d'un enfant de sept ans qui avait déjà été taillé l'année précédente. On reconnut d'abord qu'il y avait une pierre vers le milieu du périnée, beaucoup audessus de la cicatrice; mais Jonnot, qui en fit l'extraction, sentit avec le doigt qu'il en restait d'autres ; il les tira toutes successivement avec un crochet à curette. Tolet dit qu'il fut obligé de faire la même chose à un garçon de vingt-deux ans (ouvrage cité, page 336).

Troisième observation. Gaigneau, chirurgien à Coulange-la-Vineuse, près d'Auxerre, rapporte l'observation d'un homme âgé de cinquante-huit ans, qui avait été taillé à l'âge de huit par le grand appareil, et qui, dix-huit ans après, s'aperçut d'une tumeur sous l'os pubis ; il se fit alors au scrotum un trou fistuleux, par lequel la plus grande partie de l'urine s'échappait. Cet homme n'était d'ailleurs presque incommodé que du poids de la tumeur. Gaigneau fut appelé pour voir ce malade, parce qu'il venait de rendre naturellement une pierre monstrueuse, du poids de dix onces et demie, enveloppée d'une membrane mince et large comme la main. Le scrotum et le périnée en avaient été extrêmement dilacérés.

L'examen de la pierre fit voir qu'elle avait été originairement composée de plusieurs autres formées séparément (*Voyez* même volume, pag. 337).

Quatrième observation. Louis rapporte, d'après Mellet, chirurgien à Châlous-sur-Saône, qu'un jeune homme de vingt-cinq ans avait depuis plusieurs années une tumeur au périnée. Il avait été taillé à Dijon, à l'âge de quatre ans : quatorze ans après il survint une tumeur sous la cicatrice ; cette tumeur s'ouvrit, et toutes les fois que le malade rendait ses urines, il en passait une partie par cette ouverture. Ce jeune homme fut reçu à l'hôpital de la Charité : Faget, chirurgien en chef, reconnut qu'il y avait une pierre au périnée ; il fit une incision, tira la pierre, et le malade guérit. Quatre ans après, il se forma une nouvelle tumeur au périnée ; elle était sans douleur ; mais, à l'occasion d'une chute, il s'en déclara de très-vives. Mellet se détermina à y faire une incision longitudinale ; il en tira une pierre oblongue, et le malade guérit radicalement.

IV. On trouve encore dans les auteurs des observations de pierres enchâssées dans l'épaisseur des parois de la vessie, et d'autres qui ont fait tumeur au périnée et sont sorties par cette région, chez des personnes qui n'avaient pas auparavant été opérées de la taille. Je me bornerai à citer quelques faits.

Littre visitant le cadavre d'un jeune homme de vingt ans, trouva qu'il y avait de l'inflammation à la vessie, depuis son col jusqu'à l'embouchure de l'uretère gauche ; il rencontra un petit ulcère et deux petites tumeurs éloignées l'une de l'autre d'un demi-pouce, formées chacune par une petite pierre contenue dans l'épaisseur des parois de la vessie. L'une des deux pierres avait cinq lignes de diamètre ; elle était de figure irrégulière, et hérissée de plusieurs petites pointes fort aiguës ; l'autre était large de quatre lignes, de figure triangulaire, ayant les angles fort pointus. Ces deux pierres étaient d'un tissu fort serré, et de couleur grise. Littre dit qu'il avait trouvé auparavant dans les parois de quelques autres vessies humaines, des pierres beaucoup plus grosses que celles-ci (*Mémoires de l'académie des sciences*, année 1702, pag. 26). Ces pierres auraient pu se faire jour au périnée, si les individus qui les portaient eussent vécu assez longtemps, comme cela est arrivé chez les sujets des observations que je vais rapporter.

Première observation. Le Journal d'Allemagne, déc. I, an IX et X, obs. 33, pag. 91) fait mention d'un enfant de douze ans, incommodé d'une pesanteur douloureuse dans la vessie. Il s'éleva une tumeur au périnée, qui s'ouvrit et donna issue à vingt calculs gros comme des pois, et le malade guérit (*Extrait de la Bibliothèque de médecine* de Planque, tom. IX, in-4°., pag. 477).

Deuxième observation. On trouve consigné dans le premier volume des Mémoires de la société royale de Montpellier,

pag. 119, qu'un berger tourmenté dès son enfance des cruelles douleurs de la pierre, portait au périnée une grosse tumeur qui suppura et se perça en trois endroits différens. Comme il n'avait aucun secours que de lui-même, ni d'autres instrumens que ses mains, il dilata un de ces trous avec ses ongles, et en tira une pierre de figure conique, pesant plus de trois onces, à laquelle trois vers vivans étaient fortement attachés.

Troisième observation. On remarque un cas assez extraordinaire de ce genre dans les Mémoires des curieux de la nature (décad. II, an. V, 1686, obs. 71.)

Hartmann, qui a publié cette observation, trouva dans le cadavre d'une femme une pierre du poids de trois onces, logée dans un cul-de-sac de la vessie, formant hernie au périnée, et y faisant saillie. La peau était extrêmement mince en cet endroit; et la pierre qui, par son poids, avait entraîné un des côtés de la vessie et l'avait fixé au périnée, avait tellement atténué les parties subjacentes, qu'on pouvait la sentir et la reconnaître par sa dureté et son incompressibilité (*Voyez* Chopart, *Maladies des voies urinaires*, tome II, pag. 71.)

V. D'après toutes ces observations, on voit que les tumeurs produites par la présence des pierres développées dans l'épaisseur du périnée forment un genre d'affection qui doit naturellement trouver place dans cet article. Voici quelques considérations générales sur ces concrétions calculeuses.

On a remarqué que les tumeurs formées par des pierres dans l'épaisseur du périnée, sont plus communes chez l'homme que chez la femme. On les a observées plus fréquemment chez les personnes qui ont subi l'opération de la taille, que chez les autres individus; elles se forment plus souvent sur les côtés du périnée, et surtout au côté gauche, que sur la ligne médiane. Ces pierres sont fréquemment placées dans des poches particulières ou cellules, et quand il y a plusieurs pierres, elles sont séparées les unes des autres par des cloisons membraneuses; mais ces poches sont percées par des ouvertures qui établissent une communication entre elles, de sorte que l'urine qui s'échappe par une crevasse du col de la vessie ou de l'urètre, sort par l'orifice externe de la fistule, après avoir passé à travers toutes les cellules ou cavités dans lesquelles ces pierres sont logées.

Quelquefois les pierres se trouvent dans le trajet fistuleux et n'ont aucune enveloppe particulière : celles-ci sont libres, et pourraient être expulsées par les seules forces de la nature.

D'autres fois ces pierres forment tumeur au périnée, quoiqu'elles soient encore contenues dans la vessie. Cet accident a lieu lorsque cet organe est déplacé, et qu'une pierre se trouve

renfermée dans la portion de la vessie qui forme hernie au périnée.

La grandeur des pierres au périnée varie considérablement; mais la plus volumineuse qu'on ait observée pesait dix onces et demie. Elles affectent aussi des formes variées; il y en a de rondes, d'aplaties, d'ovoïdes. Elles sont quelquefois concaves dans un sens, et convexes dans l'autre; elles sont lisses, ou inégales et remplies d'aspérités.

VI. *Causes*. Les causes qui donnent lieu à la présence des pierres au périnée sont différentes : 1°. selon qu'une suite de pierres se trouvent agglomérées et renfermées dans des cellules particulières; 2°. selon qu'elles sont libres dans le trajet fistuleux; 3°. selon enfin qu'elles sont renfermées dans la vessie formant hernie au périnée.

1°. Les tumeurs formées par plusieurs pierres agglomérées ont été principalement rencontrées chez des personnes qui avaient depuis un certain temps subi l'opération de la taille, et chez lesquelles la plaie s'était en grande partie cicatrisée du côté de l'extérieur, pendant que du côté de l'intérieur elle n'était pas consolidée; ce qui donnait lieu à une sorte de fistule, et qui occasionait de temps en temps la filtration, par cette ouverture, de quelques gouttes d'urine.

Cela paraît également être arrivé à des individus chez qui un point du canal de l'urètre, du col ou du bas-fond de la vessie s'est trouvé percé, soit par un petit ulcère, soit par une crevasse légère de ces parties qui a permis à une très-petite quantité d'urine de passer dans le tissu cellulaire, à des intervalles de temps assez éloignés.

Pour avoir une idée juste de la manière dont ces pierres peuvent se former, il faut se rappeler que l'urine, en séjournant dans les tissus des parties, y cause, lorsqu'elle y est répandue en assez grande abondance, des suppurations gangréneuses et un délabrement plus ou moins considérable.

Mais quand l'urine ne s'échappe qu'en très-petite quantité, qu'elle ne fait, en quelque sorte, que suinter, alors en traversant le tissu graisseux de cellule en cellule et en imbibant ces parties, elle y dépose un sédiment terreux qui se concrète et se convertit en petites pierres urinaires; et il y a autant de concrétions calculeuses qu'il y a de cellules dans lesquelles l'urine a déposé le sédiment terreux.

Mais pour qu'il n'y ait qu'une très-petite quantité d'urine qui s'épanche, et qu'elle ne produise d'autres désordres que la formation de ces calculs, il faut qu'il n'y ait dans le canal de l'urètre aucun obstacle qui empêche l'urine de sortir par les voies naturelles.

2°. Les pierres qui n'ont point d'enveloppe membraneuse et

qui sont isolées dans le trajet fistuleux, peuvent encore être formées presque comme dans le cas précédent par le dépôt sédimenteux que laisse l'urine en traversant la fistule.

Mais on conçoit aussi que de très-petits graviers qui, des reins, descendent dans la vessie par les uretères, ou qui se forment dans la vessie, peuvent, lorsqu'on fait des efforts pour uriner, être entraînés avec l'urine, s'introdnire et s'arrêter dans la fistule, y prendre de l'accroissement et servir de noyau à une pierre volumineuse.

3°. La vessie contenant une pierre, peut se déplacer avec le calcul à travers un éraillement des fibres du muscle releveur de l'anus, et aller former hernie au périnée. Il pourrait arriver aussi qu'une pierre se formât et prît son accroissement dans un cystocèle, et que, par la suite, elle présentât une tumeur dure au périnée.

VII. *Signes.* Lorsqu'une personne porte au périnée une tumeur dure, immobile, peu douloureuse; lorsqu'elle a subi autrefois l'opération de la taille, ou qu'elle a éprouvé des difficultés d'uriner, on a de fortes présomptions pour croire à l'existence d'une pierre au périnée; mais si on peut introduire un stylet par l'orifice externe de la fistule, on touchera la pierre avec l'extrémité boutonnée de cet instrument, ce qui ne laissera aucun doute sur la nature du mal.

On reconnaîtra aussi la présence d'une pierre contenue dans la vessie déplacée, en ajoutant aux signes que nous venons d'indiquer les signes propres au cystocèle.

En général, les pierres formant tumeur au périnée ne constituent pas une maladie dangereuse, parce qu'il est toujours possible d'y remedier.

VIII. *Cure.* Lorsqu'on a reconnu l'existence de ces calculs, il faut en faire l'extraction : pour cela, on place le malade au bord de son lit, à peu près dans la position d'une personne à laquelle on va faire l'opération de la taille; on pratique ensuite avec un bistouri une incision longitudinale sur toute la longueur de la tumeur; on met la pierre à découvert, et l'on en fait l'extraction, soit avec les doigts, soit avec des pinces ou une curette. Si, après l'extraction d'une de ces pierres, on s'aperçoit qu'il y en a encore d'autres, on les fait sortir de la même manière; mais si ces calculs étaient renfermés dans des poches ou cellules, on inciserait ces poches, et on ferait l'extraction des pierres comme il a été dit. L'opération terminée, il faut s'occuper de guérir la fistule qui a été la cause première de la formation de ces calculs. Pour cet effet, on introduit une sonde dans l'urètre, afin d'empêcher le séjour de l'urine dans la vessie et de s'opposer au passage de ce fluide par la fistule. Ce

moyen, longtemps continué, réussit ordinairement à amener la guérison.

Quant à la cure des tumeurs causées par des pierres renfermées dans la vessie formant hernie au périnée, il faut, autant qu'il est possible, procéder à la réduction de la hernie, faire rentrer la vessie et la pierre qui y est renfermée. Après cela, on peut faire l'opération de la taille pour ôter la pierre de la vessie, et l'on contient la hernie par un bandage.

I. *Des hernies au périnée.* 1°. Nous possédons aujourd'hui un grand nombre d'observations de hernies au périnée. La plus anciennement connue, à ce que je crois, est celle de Hartmann, publiée en 1686, que j'ai rapportée à l'occasion des tumeurs formées par des pierres au périnée. Dans ce cas, la pierre avait probablement entraîné la vessie et lui faisait former hernie (*Voyez* page 381 de ce volume).

2°. On trouve dans les Mémoires de l'académie royale des sciences pour l'année 1713, p. 111, une observation de Mery. Cet auteur dit qu'ayant été consulté par une femme enceinte de cinq ou six mois, qui se plaignait d'uriner avec beaucoup de peine, il découvrit entre la vulve et l'anus, un peu latéralement, une tumeur un peu plus considérable que le volume d'un œuf de poule : en touchant légèrement la tumeur, il s'échappait quelques gouttes d'urine par l'urètre, et la hernie disparaissait complétement par la compression; alors l'urine s'écoulait avec abondance par les conduits ordinaires. Mery ne douta point que ce ne fût une hernie de la vessie.

3°. En 1731, Smellie fut appelé près d'une femme qui avait senti une tumeur se former au côté gauche de l'anus: cette tumeur disparaissait lorsque la malade était couchée, et revenait lorsqu'elle était levée. Pendant les couches de cette femme, l'étranglement de cette tumeur survint. On fit sur les parties des fomentations discussives; on appliqua des cataplasmes émolliens, et l'étranglement céda, ce qui permit la réduction de la hernie (Smellie, *Observations sur les accouchemens*, t. II, pag. 171.)

Smellie eut encore occasion d'observer une seconde hernie de la même espèce. Une femme, après être accouchée de son premier enfant, avait senti au côté gauche du périnée une tumeur qui, depuis ce moment, faisait des progrès considérables. Cette femme redevint enceinte, et la tumeur parvint à la grosseur du poing. Environ cinq semaines avant l'accouchement, la tumeur se trouva tellement augmentée qu'il n'y eut plus moyen de la réduire. Smellie voyait alors cette femme pour la première fois: il trouva que la tumeur était livide, et que toute sa circonférence était bordée d'un cercle rouge très-vif, et en remuant la malade, il vit la tumeur s'ouvrir dans son milieu, où la peau

était très-mince. Cette ouverture donna issue à une cuillerée de pus mêlé de sang, qui fut suivie immédiatement de l'écoulement d'une pinte de matière de couleur grisâtre. Au moment de cette ouverture, la malade s'écria que l'intestin était remonté, et qu'elle se trouvait tout à fait soulagée. Smellie fut d'abord consterné, parce qu'il croyait que le fluide qu'il voyait couler sortait par une crevasse de l'iléon gangréné; cependant le rétablissement s'opéra et l'accouchement vint à terme, mais il coulait toujours un peu de matière par l'ouverture. Cette femme a été depuis ce temps sujette à de violentes douleurs et à des embarras du côté de son ventre, etc. *Voyez* l'ouvrage cité, pag. 172.

4. Chardenon, chirurgien à Dijon, faisant, en 1740, l'ouverture du cadavre d'un homme de quarante-cinq ans, trouva la situation des viscères de l'abdomen dérangée : ils étaient portés plus bas qu'à l'ordinaire. En suivant la partie inférieure de l'iléon, il s'aperçut qu'elle lui résistait; mais ayant tiré un peu plus fort, l'intestin céda tout à coup, et Chardenon trouva, à l'endroit où il le croyait adhérent, un sac dont les parois restaient écartées, et qui aurait pu contenir un œuf de pigeon. L'entrée de ce sac était plus étroite que le fond, et présentait un bourrelet dur et calleux, de l'épaisseur du petit doigt. Chardenon n'a pu savoir à quelles incommodités cette maladie a dû avoir donné lieu (Voyez *Précis d'opérations de chirurgie*, par Leblanc, tom. II, pag. 144).

5. Curade père rapporte avoir vu une tumeur au périnée chez une dame âgée de vingt-trois ans, enceinte de six mois. Le volume de cette tumeur augmentait lorsque la femme était debout, et qu'elle avait été longtemps sans uriner. Cette tumeur était molle, sans douleur, et présentait de la fluctuation : en la comprimant, on faisait sortir quelques gouttes d'urine par l'urètre. Il n'y avait aucun doute que la hernie ne fût formée par la présence de la vessie. Cette hernie disparut après l'accouchement; mais elle se montra vers la fin d'une seconde grossesse, et cette fois elle occupait tout le périnée. Curade fit rentrer la tumeur, et la soutint par un bandage convenable (Voyez *Mémoires de l'académie de chirurgie*, tom. II, in 4°., pag. 25).

6. Pipelet le jeune fut consulté, en 1760, par un homme âgé de soixante ans, qui, à la suite de plusieurs efforts, éprouva, dans deux circonstances, des douleurs très-vives au périnée, et, par la suite, le malade avait toujours éprouvé de la pesanteur, du malaise et une douleur sourde au périnée. Il urinait très-peu à la fois, et, pour se soulager, il était obligé de frotter légèrement la partie avec la main, et de la comprimer un peu. Cette manœuvre lui procurait une plus grande

évacuation d'urine. Pipelet examina le périnée : il y trouva une tumeur, du côté droit de l'urètre, du volume d'un œuf, oblongue, mollasse ; en la comprimant entre les doigts, il la fit rentrer dans le bassin, et, après la disparition de la tumeur, il reconnut sous le raphé, à deux travers de doigt de l'anus, une dilatation de forme ronde qui aurait pu loger une noix. Pipelet maintint cette hernie réduite, avec un bandage de sa composition. L'auteur pense que cette tumeur était formée par le déplacement de la vessie (Voyez *Mémoires de l'académie de chirurgie*, tom. IV, in-4°., pag. 182).

II. D'après les observations que je viens de citer, on voit que la hernie au périnée n'est pas une maladie très-rare : elle est plus fréquente chez la femme que chez l'homme. La vessie et l'intestin iléon sont les parties qui se sont le plus souvent déplacées ; mais on conçoit que, dans quelques cas, d'autres parties de l'abdomen pourraient aussi s'échapper, et former hernie au périnée.

Les parties, en se déplaçant, peuvent descendre entre la vessie et le rectum chez l'homme, entre cet intestin et le vagin chez la femme ; mais on voit que les viscères sont plus souvent descendus sur les côtés que vers le milieu du périnée. Dans tous les cas, ces parties, en sortant, écartent les fibres charnues du muscle releveur de l'anus, et passent par leur intervalle. Les mêmes causes qui déterminent les hernies en général peuvent donner lieu à la hernie du périnée, et celle-ci présente les mêmes caractères que les autres hernies. Son volume augmente quand on est debout et qu'on fait des efforts, ou qu'on suspend sa respiration ; elle diminue quand on est couché, et rentre quand on la comprime convenablement. Quand la hernie est formée par la vessie déplacée, la tumeur est plus grosse dans l'état de plénitude, que dans l'état de vacuité de cet organe. Le malade urine peu et avec peine ; mais si l'on comprime la tumeur, il éprouve le besoin d'uriner, et il urine plus facilement. Si cette hernie n'est pas une maladie très-grave, c'est au moins une grande incommodité.

La cure consiste à réduire la hernie et à la maintenir réduite. On remplit la première indication en faisant placer le malade de manière que le bassin soit plus élevé que le reste du corps : on saisit circulairement la tumeur avec les doigts ; on la repousse de bas en haut avec modération et ménagement. Pour quelques cas, l'introduction des doigts dans le rectum ou le vagin peut aider à la réduction. Les parties, une fois rentrées, il faut les maintenir en place. Le bandage de Pipelet paraît le plus propre à remplir cette indication. Il consiste en une tablette d'ivoire de deux pouces de long sur un de large, échancrée sur les côtés, et surmontée par une espèce de champignon

de même substance, de forme arrondie, et de dix lignes de haut sur huit de diamètre. Cette tablette doit être soutenue par un large sous-cuisse, fixé par devant et par derrière à une ceinture, à laquelle toutefois on pourrait substituer une garniture en laine. Le moyen que nous venons de décrire, est celui qui peut être employé avec le plus d'avantage.

I. *Abcès au périnée.* Les abcès du périnée sont ordinairement le résultat de la crevasse de la vessie, du canal de l'urètre ou du rectum; cependant, il existe souvent des abcès dans cette région, quoique les conduits de l'urine et des matières fécales soient intacts et dans leur intégrité. D'après cela, on peut diviser ces abcès en abcès urineux, anomaux et stercoraux.

II. *Des abcès urineux.* On donne ce nom à une tumeur formée par l'urine qui coule par une ouverture faite au bas-fond de la vessie, au col de cet organe ou au commencement du canal de l'urètre, et qui s'est répandue dans le tissu cellulaire du périnée. Ce fluide peut être réuni dans un lieu particulier, et se former une cavité ou poche, en écartant les feuillets du tissu cellulaire : cet état porte le nom d'épanchement d'urine. Si ce fluide se dissémine, s'il passe de cellule en cellule, il donne lieu à l'infiltration, et, dans ces deux états, l'urine irrite les parties, détermine l'inflammation, donne lieu à un abcès mêlé d'urine, et auquel on donne le nom d'abcès urineux.

Ces dépôts sont rarement très-volumineux au périnée, parce que la texture serrée du tissu cellulaire de cette région s'oppose un peu au développement de ces tumeurs, et force l'urine de se porter vers les bourses, sur les côtés de la verge, devant les pubis et aux aines. L'urine peut porter ses effets encore plus loin; mais ce n'est pas ici le lieu d'examiner les ravages que ce fluide peut causer dans les autres régions du corps.

III. *Causes.* L'urine qui s'échappe et se répand dans le tissu cellulaire par une crevasse faite au commencement du canal de l'urètre, à un point du col ou du bas-fond de la vessie, donne lieu à ces sortes d'abcès.

Dans ce cas, la solution de continuité qui arrive, soit au réservoir, soit au conduit de l'urine, est déterminée par des causes qui peuvent agir de dehors en dedans, ou dans un sens inverse.

Un corps pointu, qui aura traversé le périnée, et qui aura pénétré dans l'urètre; le déplacement de la canule du trois-quart après la ponction à la vessie par le périnée; une forte contusion dans cette région, avec déchirement du canal de l'urètre, sont autant de causes qui peuvent, en agissant de dehors en dedans, donner lieu aux dépôts urineux.

Des ulcères qui siégent dans l'urètre, qui rongent ce canal, et qui sont la suite de quelque gonorrhée; de même aussi certains ulcères qui détruisent un point plus ou moins étendu du col ou du bas-fond de la vessie; les fausses routes dans l'urètre, lors du cathétérisme; la distension forcée de l'organe qui sert à contenir l'urine, et de celui qui sert à la transmettre au dehors lorsqu'une cause quelconque s'oppose à l'émission de ce fluide par les voies naturelles, sont les causes internes les plus ordinaires qui donnent lieu à une ouverture dans un point de la partie des voies urinaires qui nous occupe, et, par suite, à l'épanchement d'urine.

IV. *Phénomènes et signes.* Si la crevasse est petite, dans quelque lieu qu'elle se trouve, l'urine n'y passant qu'en petite quantité et goutte à goutte, s'amasse dans un seul foyer, et ne fait qu'irriter la partie sur laquelle elle s'épanche: le tissu cellulaire s'enflamme; un tubercule phlegmoneux, qui en est la suite, se termine par suppuration, et le pus qui s'y trouve contenu peut se faire jour au dehors, ou s'évacuer dans le canal de l'urètre ou dans la vessie.

Lorsqu'à la suite d'une rétention d'urine, on voit paraître presque tout à coup une tumeur au périnée, qu'elle fait promptement des progrès, que la peau qui la recouvre est tendue, luisante, œdématiée, qu'elle offre au toucher une sorte de crépitation pareille à celle qu'on observe dans l'emphysème; lorsqu'on ajoute à ces signes la diminution des accidens dépendans de la rétention d'urine, ce sont là les symptômes primitifs qui annoncent une grande crevasse dans les voies urinaires, et la formation ou même déjà l'existence d'un dépôt urineux.

Phénomènes consécutifs. Les urines continuant à s'épancher ou à s'infiltrer, si le malade ne reçoit pas de prompts secours, la tumeur grossit autant que le tissu cellulaire du périnée peut le permettre; la couleur de la peau devient d'un rouge bleuâtre, et présente bientôt un ou plusieurs points noirs qui s'étendent irrégulièrement, et sont autant d'escarres gangréneuses, dont la séparation et la chute laissent écouler une sanie d'une puanteur des plus insupportables, à travers laquelle cependant on distingue encore un peu l'odeur urineuse: des lambeaux de tissu cellulaire pourri sont entraînés avec cette sanie, et la grandeur de l'ulcère qui en résulte est en raison de l'etendue des parties qui ont été frappées de mort. Quand on voit ce désordre pour la première fois, on est épouvanté de la grandeur du délabrement produit par la chute des escarres. Non-seulement la peau du périnée, mais encore celle du scrotum, de la verge, des aines et de la partie supérieure des cuisses, tombe souvent frappée par la gangrène, et les testicules mis à nu sont au milieu de cet effroyable ulcère. On a de la peine

à concevoir comment la cicatrice pourra se faire; mais la nature réunit les testicules et leur cordon aux parties voisines, attire la peau vers le centre de l'ulcère, recouvre ces organes, et leur crée une nouvelle enveloppe qui a la forme du scrotum : ordinairement cette cicatrisation se fait avec une étonnante rapidité, et la chirurgie souvent n'a presque aucune part à cette guérison. Tout cela s'opère par le seul travail de la nature; mais il reste presque toujours une fistule urinaire, infirmité aussi incommode que dégoûtante et douloureuse.

V. *Pronostic.* Les dépôts urineux ont des suites très-souvent fâcheuses par le désordre auquel ils donnent lieu, et par l'incommodité qui en résulte ordinairement. En effet, l'urine est, de tous les fluides animaux, si l'on en excepte la bile, celui dont l'épanchement détermine les plus grands accidens. Cette humeur frappe de gangrène et de mort tous les tissus dans l'épaisseur desquels elle se trouve infiltrée; ainsi, la gravité des accidens est en raison de l'étendue des parties qui sont abreuvées par l'urine.

D'après cela, on conçoit que les accidens qui surviennent lorsque l'urine est sortie de ses voies naturelles, sont plus grands, si elle s'infiltre dans le tissu cellulaire, que si elle est épanchée ou ramassée dans un seul foyer et comme dans une sorte de poche : mais ce qui donne à cette maladie un caractère désespérant, c'est lorsqu'un obstacle insurmontable s'oppose à la sortie de l'urine par l'urètre, et à l'introduction d'une sonde dans ce canal. Il est rare que ces dépôts ne laissent pas après eux de fistules urinaires.

VI. *Cure.* Que la crevasse se trouve au canal de l'urètre, au col ou au bas-fond de la vessie, cette différence n'apporte nul changement au traitement de cette maladie. Il n'en est pas de même pour la grandeur de la crevasse et pour la quantité d'urine qui se trouve répandue dans le périnée.

En effet, si l'ouverture est petite, et que l'urine qui s'est épanchée goutte à goutte, ait déterminé un dépôt phlegmoneux, il faut, le plus tôt possible, afin d'empêcher l'urine de passer par la crevasse, essayer d'introduire une sonde de moyenne grosseur dans la vessie, et, si l'on y parvient, on se conduira selon l'état de la tumeur.

Si elle n'est pas encore terminée par suppuration, et qu'elle soit douloureuse, on appliquera des cataplasmes émolliens. Si les douleurs qu'elle cause sont médiocres, on emploiera les résolutifs. Il est rare, malgré tous ces moyens, qu'on obtienne la résolution; la suppuration a presque toujours lieu. On attendrait vainement un résultat avantageux de l'ouverture de ces dépôts dans l'urètre ou dans l'intérieur de la vessie; ils ne peuvent jamais se vider complétement, malgré la pression

qu'on exerce sur cette tumeur pour en faire sortir le pus, et le faire passer dans les voies urinaires. Ainsi, quoique la sonde ait le double avantage d'empêcher l'urine de pénétrer dans la crevasse, et de permettre cependant à une partie du pus de s'évacuer dans le canal, la maladie n'en serait pas moins interminable, si l'on ne faisait une incision longitudinale sur la tumeur, afin de vider promptement le dépôt. On panse ensuite la plaie avec de la charpie sèche, enduite d'un peu de cérat, et l'on obtient en peu de temps la guérison du dépôt, surtout si l'on est parvenu à faire passer une sonde dans la vessie.

Quand la crevasse est très-grande, et qu'une quantité considérable d'urine abreuve le tissu cellulaire du périnée, il faut porter au malade les plus prompts secours. On perdrait son temps dans ce cas à chercher à introduire une sonde dans la vessie : d'abord il y a quelquefois dans le canal des obstacles insurmontables; secondement, l'engorgement seul du périnée rend souvent l'introduction impossible : si on parvient même dans la vessie, la présence de la sonde est insupportable; l'on est forcé de la retirer, et quand le malade pourrait la garder, elle serait pendant les huit ou dix premiers jours complétement inutile.

Ainsi, aussitôt qu'on a reconnu la maladie, il faut faire une ou plusieurs incisions au périnée selon l'exigeance des cas. Si le dépôt est récent, l'urine s'évacuera, toutes les parties se dégorgeront, et l'on préviendra une partie des accidens que le séjour de l'urine pourrait causer. Si l'inflammation existe déjà, et que l'urine soit épanchée dans un seul foyer, on pourra encore éviter la gangrène en faisant une profonde incision. Si, au contraire, l'urine était infiltrée, il faudrait faire une incision de chaque côté du raphé, afin de faciliter l'écoulement de ce fluide.

Mais si la gangrène s'était déjà emparée de ces parties, il faudrait faire de profondes scarifications pour faciliter la chute des escarres, et permettre la prompte évacuation de l'urine, en évitant toutefois de toucher les parties qu'il est essentiel de ménager. Lorsque le dégorgement s'est opéré d'une manière suffisante, il faut introduire une sonde dans la vessie pour empêcher l'urine de passer par la crevasse, sans quoi il n'y aurait pas d'espérance de guérison radicale.

L'ouverture du dépôt étant faite, on se conduit, pour le pansement de la plaie et pour les soins à donner au malade, selon l'état des parties divisées. Si elles sont enflammées, et lors même que la tumeur est terminée par suppuration, mais que la gangrène ne s'en est pas encore emparée, il faut panser la plaie avec de la charpie sèche ou enduite de cérat, et mettre

pardessus un cataplasme de farine de graine de lin. L'appareil étant continuellement mouillé par l'urine qui ne cesse de s'écouler, il faut fréquemment renouveler le pansement; la plaie se dégorge, des lambeaux de tissu cellulaire mortifiés tombent, sont entraînés par la suppuration, et, à l'aide d'une sonde introduite dans la vessie, cette plaie marche bientôt vers la guérison complette.

Il n'en est pas de même lorsque la gangrène s'est emparée de la peau qui recouvre la tumeur, et de toutes les parties abreuvées par l'urine : on panse avec de la charpie enduite d'onguent de styrax les incisions ou scarifications qu'on a été obligé de faire, et l'on couvre le tout de compresses épaisses trempées dans de l'eau-de-vie camphrée, ou dans une forte décoction de quinquina, mêlée avec le gros vin ou l'eau-de-vie.

On met le malade à la diète, on lui prescrit un bouillon toutes les trois heures, et une tisane rafraîchissante légèrement acidulée. Si les forces étaient épuisées, et que le malade fût menacé d'adynamie, on lui ferait prendre dans la journée quelques tasses de décoction de bon quinquina.

On renouvelle l'appareil aussi souvent qu'on le croit nécessaire, et, à chaque pansement, il faut avoir soin d'enlever avec des ciseaux ou avec le bistouri tous les lambeaux des escarres détachées, pour faciliter le dégorgement de ces parties, et diminuer la puanteur de la putréfaction. La plaie se déterge, devient rouge, vermeille; on introduit une sonde dans la vessie, si on ne l'a pas déjà fait, et la marche de la plaie vers la guérison est plus rapide : la peau s'allonge, se rapproche du centre de la plaie, et, au bout de cinq ou six semaines, elle est presque entièrement cicatrisée; mais il est rare qu'il ne reste pas une ou deux ouvertures par lesquelles l'urine passe continuellement en plus ou moins grande quantité. *Voyez* FISTULE URINAIRE, t. XV, p. 620.

Des abcès anomaux. Ces abcès peuvent être distingués en abcès symptomatiques, critiques, et en abcès idiopathiques.

I. *Des abcès symptomatiques. Première observation.* Un militaire âgé de trente ans languissait depuis plusieurs années, souffrant des douleurs intolérables dans la région des lombes, principalement au côté droit. Il n'y avait ni rougeur ni gonflement à la partie, et même si l'on touchait le lieu affecté, les douleurs n'en étaient pas augmentées; mais le malade ne pouvait se mouvoir, surtout en certains temps, sans en ressentir de très-vives : ce militaire avait d'ailleurs assez bon appétit, son teint n'était pas trop décoloré. Les souffrances qu'il éprouvait le firent tomber dans la tristesse, la mélancolie et l'amaigrissement. On n'avait qu'une idée vague de la nature du

mal, lorsqu'un jour il s'aperçut qu'il avait une grosseur sur la moitié droite de la marge de l'anus et du périnée. On examina cette tumeur, on la trouva molle, fluctuante dans toutes ses parties, et absolument indolente. Les douleurs des lombes étaient tellement diminuées, que le malade n'y faisait plus attention, et se croyait à la veille de sa guérison. Le refus qu'on lui fit d'ouvrir ce dépôt l'inquiéta un peu; mais trois semaines ou un mois après son apparition, cet abcès s'ouvrit spontanément, et le pus s'écoula en grande quantité.

On examina la partie, et on la trouva affaissée et percée à un pouce environ de la marge de l'anus d'une ouverture circulaire, comme si elle avait été faite par un coup de trocart. La peau n'était ni rouge ni amincie autour de cette ouverture; mais, au bout de quelque temps, la circonférence du dépôt prit de la dureté, la suppuration diminua sans tarir complétement, et quoiqu'on dût avoir la presque certitude que cette ouverture ne communiquait pas avec l'intestin, on prétendit cependant qu'il y avait fistule à l'anus. En conséquence, on introduisit une sonde; on la dirigea vers le rectum, dans lequel on avait aussi introduit un doigt; mais on s'aperçut bientôt que la paroi de cet intestin, loin d'être perforée ou amincie, avait au contraire augmenté d'épaisseur, et l'on resta persuadé qu'il n'y avait point de fistule au rectum, et que le siége du mal se trouvait plus éloigné: on ne tarda pas à en être complétement convaincu; en effet, le malade alla en amaigrissant, tomba dans le marasme, et finit par mourir.

L'ouverture du corps fut faite. Voici ce qu'on observa: La peau de toute la partie droite du périnée et d'une portion de la partie antérieure gauche était entièrement dénudée. Le muscle releveur de l'anus était éraillé, et laissait passer la suppuration. Audessus de ce muscle se trouvait un foyer qui abreuvait la partie droite de l'intestin rectum et le col de la vessie; une fusée suivait les vaisseaux hypogastriques, se continuait tout le long du bord interne du psoas jusqu'à l'extrémité supérieure de ce muscle, et conduisait à une profonde carie qui avait détruit une portion du corps de la dernière vertèbre dorsale et de la première lombaire. La substance fibrocartilagineuse, placée entre ces deux vertèbres, avait éprouvé très-peu d'altération (*Observation recueillie à la clinique de Sabatier*).

Deuxième observation. Un petit corps de troupes qui traversait une gorge de montagne aux environs de St.-Laurent de Lamouga, en Espagne, fut attaqué par un parti d'Espagnols embusqués sur les hauteurs. Un militaire de cette troupe reçut dans le milieu de la fesse droite un coup de balle qui emporta une partie du bord supérieur de l'échancrure ischiati-

que, alla dans le bassin, et pénétra dans l'intestin rectum. Ce militaire perdit beaucoup de sang par la plaie et par le rectum. Cependant, la crainte de tomber entre les mains de l'ennemi doubla son courage; il marcha encore plus de trois heures sans s'arrêter, ne ressentant pas une très-grande douleur: mais, arrivé à la station, et après s'être reposé un peu, il éprouva une forte tension douloureuse de la fesse et de tout le membre du côté blessé. Le ventre était aussi un peu tendu et douloureux; la nuit fut très-mauvaise, et le lendemain il fut impossible à ce militaire de marcher. Il fut transporté à l'hôpital de St.-Jean de Pagès que je dirigeais. Il fut saigné. Il y avait plusieurs jours qu'il n'était allé à la garde-robe, quoiqu'il rendît du sang par le rectum; mais, le quatrième jour, il fut pris d'un léger dévoiement qui entraîna la balle avec les matières fécales. La plaie extérieure suppura beaucoup. Il rendit aussi du pus et des matières sanguinolentes par l'intestin, et, au bout de six semaines, il paraissait complétement guéri et prêt à sortir de l'hôpital, lorsque la partie droite du périnée se gonfla, devint dure et douloureuse. La peau de cette partie, qui était de couleur d'un rouge bleuâtre, semblait annoncer un dépôt gangréneux. Je crus que l'ouverture faite au rectum par la balle avait donné passage à des matières fécales, et qu'elles donnaient lieu à un abcès stercoral. Cette tumeur étant devenue molle et fluctuante, j'y plongeai le bistouri; il en sortit une grande quantité d'un pus très-fétide. La sonde et le doigt, introduits dans le foyer, ne découvrirent point l'ouverture faite au rectum par la balle, et je remarquai que les parois de l'intestin avaient acquis de l'épaisseur: mais, au bout de quelques jours, il sortit par l'ouverture de l'abcès des portions de vêtemens, et, environ un mois après, je retirai un fragment d'os, qui appartenait à la partie supérieure de l'échancrure ischiatique; car cette portion osseuse ressemblait à une pièce d'os enlevée par le trépan, était circulaire et rugueuse dans les trois quarts de son étendue, tandis que l'autre quart était égal, presque lisse, concave, ou plutôt légèrement échancré, et cette portion semblait très-bien avoir appartenu à l'échancrure ischiatique. Après la chute de cette portion d'os, la suppuration diminua peu à peu, et, environ cinq semaines après, il fut complétement guéri.

La sortie de la balle par le rectum, chez le militaire qui fait le sujet de cette observation, ne permettait pas de douter que cet intestin ne fût lésé : aussi, lorsque le dépôt phlegmoneux se manifesta, je le regardai sur-le-champ comme un abcès stercoral; mais après l'ouverture du dépôt, lorsque je vis sortir des portions de vêtemens et surtout la portion d'os, je changeai en partie d'opinion : je ne fus toutefois entièrement

rassuré qu'après la guérison complette de la plaie du périnée.

II. *Abcès critiques. Observation.* Chez un homme d'environ soixante ans, replet, et qui avait la tête grosse, on voyait tous les vaisseaux cutanés de la face pleins de sang, de manière qu'on aurait pu facilement les dessiner. Les jambes étaient un peu œdématiées, et la peau des pieds avait une teinte érysipélateuse. Cet homme éprouva quelques accès de fièvre; l'embonpoint diminua, l'enflure et l'inflammation des jambes et des pieds se dissipèrent; mais cinq ou six jours après, un énorme abcès se manifesta à la marge de l'anus. Cette tumeur était dure, douloureuse et d'un rouge bleuâtre. Au bout de quelques jours, quoique l'engorgement s'étendît à toute la marge de l'anus et à une grande étendue du périnée, la fluctuation commença à se faire apercevoir vers la partie gauche de la marge de l'anus. A la première idée de la collection du pus, on fit une incision d'environ deux pouces d'avant en arrière; il en sortit une quantité de matière noire, sanguinolente, mêlée d'une petite quantité de pus: l'intestin rectum semblait entièrement dénudé. Après cette opération, les parties environnantes ne tardèrent pas à se dégorger; la plaie se rétrécit peu à peu, mais elle suppura plus de trois mois avant de se cicatriser complétement.

Je regarde ce dépôt comme un abcès critique, et je crois que la disparition de l'œdématie et de l'inflammation érysipélateuse des pieds et des jambes a donné lieu à cette crise; mais, dans le principe, la couleur bleuâtre de la tumeur fit d'abord craindre un abcès stercoral, et, par la suite, la difficulté qu'on éprouva pour obtenir la cicatrisation de la plaie, laissa longtemps dans l'incertitude sur la cause qui pouvait l'empêcher. Tantôt on l'attribuait à la dénudation, et tantôt à la perforation de l'intestin; mais comme l'introduction de la sonde ne fit rien découvrir de positif sur ce point, on prit le sage parti d'abandonner la guérison à la nature (*Observation recueillie à la clinique de Sabatier*).

III. *Abcès idiopathiques.* Ces sortes d'abcès arrivent fréquemment au périnée. La grande quantité de tissu cellulaire qui se trouve dans cette région est très-favorable à leur formation.

Les hémorroïdes, l'exercice du cheval, une chute sur le périnée, un corps étranger enfoncé dans cette partie, sont autant de causes qui peuvent y donner lieu. Dans ce cas, un point de la marge de l'anus s'enflamme; une tumeur, accompagnée de douleur, de chaleur, de rougeur et de fièvre, se manifeste et se développe avec assez de promptitude, et le moindre mouvement cause de grandes souffrances. Le repos, un cataplasme émollient appliqué sur la partie, la diète, les

boissons rafraîchissantes et les saignées diminuent l'intensité du mal et favorisent la suppuration. Il faut ouvrir ce dépôt aussitôt que la fluctuation se manifeste, afin de prévenir la fonte d'une trop grande quantité de tissu cellulaire graisseux : non que je croie qu'une fistule borgne externe puisse être la suite de cette fonte; mais c'est qu'il est nécessaire, pour abréger les souffrances, d'empêcher que le foyer du mal n'étende trop loin ses limites.

IV. *Des abcès stercoraux*. On a divisé les abcès stercoraux en abcès tuberculeux, phlegmoneux, et en abcès gangréneux : je pourrais rapporter plusieurs exemples qui confirment en partie cette division.

1°. En effet, j'ai vu un malade qui portait tout près de la marge de l'anus une petite tumeur qui avait ordinairement le volume d'une forte noisette, qui quelquefois diminuait, et d'autres fois augmentait de grosseur. Tantôt elle était dure; quelques jours après, elle devenait molle; elle était indolente, et toujours sans changement de couleur à la peau. Les gens de l'art que le malade avait consultés, regardèrent ce tubercule comme un reste d'hémorroïde. Il portait depuis plusieurs années cette tumeur, lorsqu'un jour il s'aperçut qu'un petit bouton s'y était formé : il écorcha accidentellement ce bouton. De ce moment, il en découla tous les jours un peu de suppuration; le tubercule diminua de volume, et disparut en partie; mais le malade, incommodé par ce petit écoulement qui subsistait toujours, se détermina, d'après le conseil de son médecin, à faire sonder ce petit ulcère. La sonde ne fut pas plutôt introduite, qu'elle pénétra dans le rectum; et, aussitôt la fistule reconnue, le malade se décida à l'opération, et fut guéri en peu de temps. Ainsi, dans ce cas, le tubercule a existé seul, et indépendamment des autres espèces d'abcès.

2°. J'ai vu aussi des abcès phlegmoneux qui n'ont rien présenté de l'état tuberculeux, et qui n'ont pas eu la moindre apparence de gangrène, pas plus que dans un phlegmon des autres parties du corps. Ces petits phlegmons étaient circonscrits, accompagnés de chaleur, de douleur, de rougeur et de fièvre : la terminaison de ces tumeurs par suppuration a fait en même temps découvrir une ouverture au rectum et l'existence de la fistule. L'incision des parties placées entre ces deux ouvertures a mis fin à cette maladie.

3°. Les abcès gangréneux qu'on nomme aussi grands abcès du fondement n'ont que très-peu de la forme et de la marche des abcès phlegmoneux, et n'ont rien des abcès tuberculeux. En effet, tantôt ils commencent par un engorgement pâteux, indolent, et qui dure quelquefois assez longtemps; mais le plus souvent leur marche est bien plus rapide. Ces abcès sont

précédés de fièvre, d'une chaleur brûlante à la peau, de sécheresse à la bouche, d'insomnie et quelquefois de difficulté d'uriner; mais lorsque le mal local commence à se faire apercevoir, on sent plus ou moins profondément un point dur qui augmente de grosseur et d'étendue assez rapidement, et envahit bientôt une grande partie de la fesse; ensuite, lorsque la maladie est très-avancée, la tumeur devient pâteuse, molle, fluctuante vers le centre; la peau devient livide, et si l'on ne donne pas promptement issue au pus que ce dépôt renferme, la gangrène s'en empare bientôt.

D'après ce qui vient d'être exposé, tous les abcès stercoraux peuvent être compris dans ces trois espèces; cependant je crois, suivant l'opinion de M. le professeur Richerand, que le plus souvent ce sont plutôt trois états différens d'une même maladie que trois espèces différentes d'abcès.

V. *Causes.* On peut distinguer les causes des abcès stercoraux en prédisposantes et en efficientes.

Les causes prédisposantes sont la manière d'être particulière de la membrane interne du rectum, et la grande quantité de tissu cellulaire dont la face externe de cet intestin est entourée. Le sang des veines de cette partie étant obligé de remonter pour se rendre aux veines hémorroïdales internes, apporte encore une disposition à ces sortes de dépôts; mais ce qui semble plus particulièrement favoriser les abcès au fondement, c'est le refoulement du sang hémorroïdal vers le bas du rectum, par la compression que font subir aux veines de cette partie les matières stercorales, lorsqu'elles sont dures, et que l'on fait des efforts pour aller à la garde-robe : il peut survenir dans ce moment des engorgemens aux veines du plexus hémorroïdal, engorgemens qui disposent aux abcès à l'anus.

VI. *Des causes efficientes.* La membrane interne du rectum formant, comme il sera dit plus loin, des rides dirigées transversalement, parce qu'elle a plus d'étendue qu'il ne lui en faut pour tapisser cet intestin, et n'étant unie à la tunique musculeuse que par un tissu cellulaire extrêmement lâche, est facilement entraînée en en bas, lorsqu'on est constipé, que les matières sont dures, et qu'on fait des efforts pour aller à la garde-robe. Les rides sont rapprochées les unes des autres, portées inférieurement par les matières stercorales, de sorte que ces matières étant expulsées, ces rides se présentent à l'anus. Elles sont rouges, et l'intestin semble renversé. On conçoit que ces matières ainsi durcies, et qui entraînent cette membrane, peuvent non-seulement l'enflammer, mais encore l'excorier, la déchirer, l'ulcérer et déterminer un abcès. Mais les inflammations sourdes, lentes, et les ulcérations qui arrivent aux environs ou même dans l'épaisseur des hémorroïdes tuméfiées,

sont des causes fréquentes d'abcès. Les crevasses causées par les corps étrangers avalés, tels qu'une esquille d'os pointu, une arête de poisson, une épingle, peuvent aussi donner lieu aux abcès à l'anus. En effet, les corps étrangers parvenus au rectum après avoir parcouru, enveloppés dans les matières excrémentitielles, toute la longueur des voies alimentaires sans donner lieu à aucun accident; parvenus, dis-je, à la partie la plus inférieure de ce canal, les corps étrangers sont pressés par la contraction du muscle sphincter interne de l'anus; la partie inférieure du rectum en est irritée, piquée et ulcérée; la plaie qui en résulte suppure, s'agrandit, et quelquefois le corps étranger lui-même pénètre dans l'intérieur de la blessure: alors aussi les matières stercorales fluides passent par la même voie, se portent dans le tissu cellulaire; et de là viennent l'inflammation et les abcès plus ou moins volumineux, selon la grandeur de la crevasse de l'intestin.

Mais il paraît que la crevasse des hémorroïdes vers l'intérieur du rectum, et l'ulcération de la membrane interne de cet intestin sont plus souvent les causes des abcès stercoraux que les blessures des parois du rectum par des corps étrangers. N'importe la cause qui a entamé, ulcéré l'intestin, la suppuration qui en est le produit, les humidités du rectum et les matières stercorales les plus fluides passent de l'ulcère de l'intestin dans le tissu cellulaire voisin, et vont former un dépôt qui donne lieu à des douleurs plus ou moins fortes. Si la matière de ce dépôt se vide dans l'intestin rectum, le calme arrive et l'on se croit guéri; mais comme l'ouverture est toujours plus petite et plus élevée que le fond, qui est plus large et plus étendu, les parois de ce dépôt se réunissent rarement: elles se vident bien des fois avant que le malade se doute de son état et en fasse part aux gens de l'art. D'ailleurs, comme cette matière est comprimée par l'action des parties, elle s'étend, s'infiltre dans le tissu cellulaire, ou s'y réunit en un seul foyer, séjourne, acquiert de l'acrimonie et forme les différentes espèces de dépôts dont nous avons parlé: alors la matière cesse de se porter dans l'intestin rectum, ou ne s'y porte qu'en très-petite quantité. Dans ce cas, si on n'ouvre pas l'abcès avec l'instrument tranchant, la matière détermine l'usure des tégumens, elle s'écoule au dehors, et les douleurs sont calmées. Lorsque le malade ne réclame pas les secours de l'art, l'ouverture se referme, le sac se remplit de nouveau, le dépôt se reforme et les accidens se renouvellent jusqu'à ce que l'abcès se rouvre, ou que l'on emploie le moyen efficace pour guérir radicalement la maladie.

VII. *Signes.* Les caractères que nous avons tracés indiquent suffisamment les différentes espèces d'abcès stercoraux et servent

de signes; cependant comme ils pourraient être confondus avec certains abcès anomaux, ou même avec les dépôts urineux, je vais tâcher de faire connaître les caractères principaux qui les distinguent.

1°. Il me semble que les abcès stercoraux ne peuvent pas être confondus avec les abcès par congestion. En effet, ceux-ci sont toujours précédés de douleurs plus ou moins fortes, soit dans la région des lombes, soit dans celle du dos; ils présentent aussitôt après leur apparition une fluctuation manifeste; la peau qui les recouvre n'a point changé de couleur, la chaleur de la partie n'est point augmentée, et il n'y a point de douleur. Les abcès stercoraux ont des caractères entièrement opposés.

2°. Si c'est un abcès symptomatique produit par la présence d'un corps étranger placé dans le voisinage, il faut avoir égard à ce qui a précédé. Si le malade a reçu une blessure par arme à feu sur quelque point du bassin, lors même que le projectile serait sorti, le dépôt peut être produit par des portions de vêtement ou par des parties osseuses détachées, devenues corps étrangers. Ces circonstances semblent suffisantes pour éloigner toute idée d'abcès stercoral; mais si le rectum avait été atteint dans cette blessure, le cas devient alors plus embarrassant. Ce n'est qu'après l'ouverture du dépôt qu'on peut être assuré de la nature du mal. Si c'est un dépôt stercoral, la plaie restera fistuleuse, et le contraire arrivera si l'abcès est produit par un corps étranger placé dans l'épaisseur du tissu cellulaire du périnée.

3°. Il en est de même pour les abcès critiques : s'ils viennent à la suite de la disparition d'une inflammation ou bien de quelque humeur psorique ou dartreuse, ou à la fin de quelque fièvre maligne, on ne peut guère se tromper sur la nature du mal.

4°. Pour les abcès idiopathiques, il est certain qu'ils ne peuvent jamais être confondus avec les abcès stercoraux. En effet, qu'une personne ait reçu une forte contusion au périnée, ou qu'elle ait monté depuis peu un cheval qui avait le trot très-dur, que peu de temps après il se forme un abcès dans cette partie, il semble que le dépôt ne puisse être attribué à une autre cause qu'à la contusion, etc.

5°. Il n'en est pas de même pour les abcès urineux qui quelquefois s'étendent jusqu'auprès du fondement; ils peuvent alors donner lieu à quelque méprise : cependant on n'y sera pas trompé si l'on remarque qu'ici il y a difficulté d'uriner, et quelquefois rétention d'urine qui a d'abord existé ou qui existe peut-être encore; si l'on fait attention à la situation de ces dépôts qui sont plus près du périnée que de l'anus, à la lenteur de leur accroissement, à la douleur, à la chaleur et au frémis-

sement que le malade ressent dans la tumeur lorsqu'il rend ses urines. Lorsqu'on ouvre ces abcès, les parties font entendre sous le tranchant du bistouri une sorte de crépitation, et le pus qui en découle est délayé dans une certaine quantité de sérosité, au lieu que celui qui sort des abcès stercoraux a une teinte brune et entraîne avec lui des lambeaux de tissu cellulaire tombés en gangrène.

VIII. *Pronostic.* 1°. Les abcès par congestion qui se forment à la marge de l'anus sont des maladies graves et presque toujours mortelles; 2°. les abcès produits par la présence de corps étrangers se guérissent facilement: il n'y a de danger que lorsqu'il y a des parties essentielles lésées, et alors la gravité du mal est en raison de l'importance des parties offensées; 3°. les abcès critiques sont ici un événement toujours favorable; 4°. quant au danger des abcès idiopathiques, il est en raison des parties lésées; mais en général tous ces abcès ne sont jamais cause de fistule à l'anus, excepté peut-être qu'ils donnent quelquefois lieu à ce qu'on a nommé fistule borgne externe.

Autrefois on regardait les abcès stercoraux comme des maladies très-graves, parce qu'ils sont la suite de la crevasse du rectum, et qu'ils amènent constamment la fistule à l'anus; mais aujourd'hui l'opération de la fistule étant presque aussi simple que l'ouverture des abcès, ces dépôts ne sont plus considérés avec autant d'effroi.

IX. *Traitement des abcès au fondement.* Les abcès à l'anus étant accompagnés ou précédés de fièvre, de chaleur générale, de sécheresse de la bouche, de douleur et de chaleur locales, exigent qu'on suive un traitement propre à combattre la nature du mal; nous n'en excepterons que les abcès par congestion qui doivent presque être abandonnés à la nature. Si on soupçonnait qu'une crevasse du rectum fût produite par la présence d'un corps étranger, il faudrait avant tout introduire un doigt dans l'intestin, pour tâcher de ramener ce corps; si on ne pouvait pas en venir à bout, ou que le mal dépendît d'une autre cause, il faudrait le combattre d'abord par une diète rigoureuse, par une ou plusieurs saignées, suivant l'exigeance des cas. Si la langue annonçait un état saburral, un vomitif serait indiqué; les boissons rafraîchissantes devraient être données en abondance. Des cataplasmes émolliens appliqués sur la tumeur et renouvelés toutes les douze heures, calment la douleur, font supporter le mal et hâtent la suppuration. Lorsque la tumeur commence à venir à maturité, il faut de bonne heure faire l'ouverture de l'abcès, afin d'éviter la fonte d'une trop grande quantité de tissu cellulaire, et de prévenir la dénudation du rectum. Mais comment cette ouverture doit-elle

être faite? Faut-il, d'après le précepte de Faget, ouvrir l'abcès, et fendre ensuite le rectum depuis la partie la plus élevée de la dénudation de l'intestin jusqu'à la partie inférieure, parce que, a-t-on dit, les pansemens en seront plus aisés, que la suppuration s'écoulera plus facilement, qu'elle ne séjournera point, que le recollement des parties sera plus prompt, qu'on préviendra la fistule, et par là une seconde opération? ou bien, comme Foubert l'a conseillé, ne vaudrait-il pas mieux faire simplement l'ouverture de l'abcès, pour donner issue au pus, et laisser dégorger les parties? Si, au bout d'un certain temps, la plaie reste fistuleuse, le malade guérira par une seconde opération qui n'est ni difficile, ni longue ni douloureuse.

J'abandonne le procédé de Faget comme étant douloureux et n'ayant aucun avantage sur celui de Foubert, comme pouvant d'ailleurs avoir des inconvéniens et être souvent sans succès. En effet, on a beau fendre l'intestin dans toute la hauteur de sa dénudation, si l'ouverture qui communique dans le rectum n'est pas comprise dans l'incision, la plaie n'en restera pas moins fistuleuse.

Pour moi, voici comment je me conduirais :

Après avoir préparé l'appareil, je mettrais d'abord un bandage en T autour du corps, je placerais le malade au bord de son lit et couché sur la fesse affectée; je ferais fléchir un peu les cuisses sur le ventre et les jambes sur les cuisses, mais de manière que la flexion de la cuisse et de la jambe du côté sain fût plus grande que celle du membre malade. L'individu ainsi placé, et soutenu ou fixé dans cette position par des aides, je me conduirais d'après la nature de l'abcès.

Si j'avais à opérer un abcès par congestion, parce que cet abcès serait devenu très-volumineux, et qu'il gênerait trop le malade, je prendrais un bistouri très-étroit, je le plongerais au centre de la tumeur, et, après avoir fait la ponction, je retirerais mon instrument sans agrandir l'incision, parce qu'ici le pus étant ordinairement très fluide, il s'écoule assez facilement, et l'air a le moins d'accès possible dans le foyer. Si cette opération est insuffisante pour la cure du mal, elle ne hâte pas du moins la mort du malade.

Si l'abcès était critique ou idiopathique, je me contenterais de faire une incision dans le centre de l'abcès, en suivant la direction de la partie interne de la fesse; je donnerais une libre issue au pus et je laisserais dégorger un peu les parties; j'introduirais ensuite de la charpie mollette entre les levres de la plaie; je mettrais pardessus quelques plumasseaux soutenus par une compresse et un bandage en T, et je renouvellerais le pansement deux fois par jour. J'ai vu plusieurs abcès de cette es-

pèce, ainsi traités, guérir dans l'espace d'un mois, quoique le rectum parût dénudé dans une assez grande étendue.

Dans le cas où l'abcès que j'aurais à ouvrir serait stercoral, je me conduirais encore à peu près de la même manière; mais après que je serais parvenu dans le foyer, si je rencontrais l'ouverture de communication avec le rectum, je ne balancerais pas à en faire la section : à la vérité, il est rare qu'on soit assez heureux pour la trouver; les tentatives qu'on ferait pour cela seraient le plus ordinairement infructueuses, et l'on causerait toujours beaucoup de douleur : ainsi je me contenterais de faire panser la plaie, et j'attendrais l'affaissement et le dégorgement des parties, avant d'essayer de trouver l'ouverture du rectum. Ces recherches étant donc au moins inutiles immédiatement après l'ouverture de l'abcès, il faut attendre quelque temps avant de faire des tentatives pour s'assurer de l'existence de la fistule.

I. *Plaies du périnée.* Les plaies de cette région, comme celles de toutes les autres parties du corps, peuvent être faites par des instrumens tranchans, piquans et contondans.

Les parties qui entrent dans la composition du périnée étant protégées par les cuisses, sont rarement divisées accidentellement par des instrumens tranchans, et ce n'est presque jamais qu'à la suite de l'opération de la taille qu'on a occasion de remarquer ces sortes de plaies : ainsi on peut diviser ces lésions en plaies résultant de l'opération du petit appareil, de celle du grand appareil et de celle de l'appareil latéral.

1°. *Petit appareil.* Dans cette opération se trouvent divisés les tégumens, le muscle transverse du périnée, quelques fibres du releveur de l'anus, les graisses profondes, le col de la vessie, quelques artérioles et des filets de nerfs qui vont au rectum.

2°. *Grand appareil.* Lorsqu'on pratiquait cette opération, on divisait la peau tout le long du raphé, le tissu cellulaire, l'artère et le nerf superficiels du périnée, le muscle bulbo-caverneux du côté gauche, le tissu spongieux, le bulbe de l'urètre, le nerf et l'artère du bulbe, le commencement de la portion membraneuse : le reste de cette portion du canal devait être dilaté pour permettre l'introduction des instrumens et faciliter l'extraction de la pierre; mais il est certain que la partie postérieure de la portion membraneuse, la glande prostate et une partie du col de la vessie étaient déchirés.

3°. *Taille latérale.* Dans cette opération on fait au périnée une plaie d'environ deux pouces de longueur; elle commence au raphé, se dirige obliquement en dehors et en arrière, et se continue jusqu'à quelques lignes de la partie interne de la tubérosité de l'ischion, et à environ un pouce du côté externe du

rectum. Cette plaie s'étend de l'intérieur de la vessie aux tégumens du périnée, et comprend dans sa division la peau, le tissu cellulaire, l'artère superficielle du périnée et le filet de nerf qui l'accompagne : plus profondément sont divisés le muscle bulbo-caverneux du côté gauche, le bord postérieur du transverse du périnée, une petite partie du releveur de l'anus; plus profondément encore, et en haut sont divisés le bulbe de l'urètre, des rameaux de l'artère du bulbe, et quelquefois même le tronc de cette artère, des filets des nerfs du bulbe, la portion membraneuse de l'urètre, la glande prostate et le col de la vessie. *Voyez* le mot *lithotomie* ponr les accidens qui compliquent quelquefois ces sortes de plaies.

II. *Plaies par instrument piquant.* On conçoit qu'en faisant une chute sur le siége, on peut tomber sur un corps pointu, ce qui produira une plaie avec déchirement ; mais cette lésion rentre dans les plaies contuses, et nous en parlerons à l'article suivant. Il ne sera question ici que des plaies par instrument piquant, et particulièrement de la ponction. Cette opération se pratique dans le milieu d'une ligne qui partirait de la tubérosité de l'ischion, qui passerait à deux lignes devant la marge de l'anus, et qui irait se terminer au raphé.

Les parties divisées par le poinçon du trois-quarts, sont la peau, beaucoup de tissu cellulaire graisseux, le muscle releveur de l'anus et un des points de cet espace de la vessie, circonscrit en dedans par les vésicules séminales, en dehors par le releveur de l'anus, en avant par la glande prostate, et en arrière par l'insertion de l'uretère. *Voyez* VESSIE.

III. *Des contusions et des plaies contuses au périnée.* Lorsqu'un corps contondant frappe avec force sur cette région, ou lorsque dans une chute faite de très-haut, le périnée porte avec force sur un corps dur et saillant, cette région peut éprouver une forte contusion, ou une plaie contuse, et toutes les parties, depuis la peau jusqu'à l'urètre et la vessie, peuvent être plus ou moins lésées.

En effet l'urètre peut être crevé ou rompu complétement; des vaisseaux de ce conduit et ceux du tissu cellulaire meurtri laissent écouler du sang qui sort en petite partie par la verge, et dont la plus grande quantité s'amasse hors de la crevasse, et forme des caillots qui compriment l'urètre et gênent le passage de l'urine par le canal : pour peu que la crevasse soit grande, il survient promptement un épanchement et une infiltration d'urine au périnée et dans les bourses.

Si au contraire la crevasse est incomplette, et n'affecte que les tuniques internes de l'urètre, le sang sort en abondance par la verge, et ne s'épanche point dans le périnée : celui qui s'y répand vient des vaisseaux du tissu cellulaire contus. Les

urines peuvent s'infiltrer dans les parois du canal, mais elles ne se repandent pas sous les tégumens.

Il peut se former sourdement un dépôt purulent, quand la contusion se termine par suppuration : ce dépôt ouvert reste ordinairement fistuleux.

Les contusions violentes du périnée sont fréquemment accompagnées de rétention d'urine dans la vessie, soit par la commotion qu'ont éprouvée cet organe et les nerfs qui vont s'y rendre, soit parce que la compression, l'engorgement ou le rétrécissement des parois de l'urètre s'opposent au passage de l'urine : il faut alors vider la vessie au moyen de la sonde.

L'infiltration des urines dans le périnée indique la nécessité d'y pratiquer une incision pour prévenir les accidens qui pourraient en résulter, et pour remédier à la rétention d'urine. Si, après cette incision, les urines étaient encore retenues dans la vessie, on aurait alors moins de peine à y passer la sonde. Dans ce cas, il faut en général se conduire comme dans les abcès urineux et les fistules urinaires.

Mais outre les contusions et les plaies contuses, le périnée peut être, dans quelques circonstances, déchiré en partie ou en totalité : cette déchirure peut arriver pendant le travail de quelques accouchemens laborieux. *Voyez* FOURCHETTE, t. XVI, pag. 501.

I. *Les ulcères* du périnée sont des pustules, des rhagades, des cancers, enfin tous les ulcères qui arrivent dans les autres parties du corps, et qui rentrent dans la classe générale des ulcères; ainsi il n'en sera pas fait mention.

Des fistules. Les fistules urinaires, stercorales et anomales sont des ulcères dont le périnée est aussi atteint fréquemment. Ces maladies sont exposées, tom. XV, pag 558 et 620 dans un article très-bien fait par M. Jourdan. Je n'ai rien à dire sur les fistules urinaires traitées dans le Dictionaire par ce savant collaborateur; mais des circonstances particulières, m'ayant mis à même de faire quelques recherches sur les fistules à l'anus, je me permettrai d'y ajouter le résultat de mes observations. Voici à quelle occasion j'entrepris ce travail.

II. A l'époque où Desault, animé du plus grand amour de la chirurgie, enseignait cette science avec un enthousiasme qu'il communiquait à ses nombreux auditeurs, il faisait en même temps subir de nombreux changemens à plusieurs opérations chirurgicales qu'il croyait pouvoir porter au plus haut degré de perfection; mais le temps a prouvé combien, sous ce rapport, ce grand chirurgien était dans l'erreur.

III. Sabatier, plus savant, d'un discernement exquis, moins ardent et plus calme que Desault, n'adopta point les changemens faits par ce dernier; il continua à traiter, et toujours avec

succès, les fractures du col du fémur, de la clavicule et de la rotule, par le moyen de la position et de quelques bandages très-simples. Une sonde cannelée et un bistouri étaient les deux seuls instrumens qu'il employait pour pratiquer la fistule à l'anus. L'expérience m'avait déjà prouvé combien ces procédés étaient bons pour le traitement des fractures; mais n'étant pas également convaincu des avantages de sa méthode pour l'opération de la fistule à l'anus, un jour que je causais avec mon illustre maître Sabatier, je lui fis observer, qu'à la vérité, tant qu'il trouverait l'orifice interne de la fistule près de la marge de l'anus, son procédé ne manquerait pas de réussir, mais que je ne voyais pas comment il pourrait opérer avec ces deux instrumens une fistule, lorsqu'on n'en rencontrerait pas l'ouverture interne, que cet orifice serait audessus de la portée du doigt, ou que l'intestin serait dénudé très-haut et dans une grande étendue.

Il me répondit que, depuis quarante ans qu'il était livré à la grande pratique de la chirurgie, il avait opéré un nombre infini de fistules à l'anus, tant à l'hôtel royal des Invalides que dans Paris, qu'il n'avait jamais trouvé de difficulté dans cette opération, que toujours il avait rencontré l'ouverture interne de la fistule près de la marge de l'anus, et que la sonde cannelée lui avait constamment suffi, qu'enfin ce procédé lui paraissait si bon et si simple, qu'il était difficile qu'on pût en trouver un meilleur.

IV. « Si l'ouverture interne de la fistule était placée au-dessus de la portée du doigt, ajouta-t-il, ce qui sans doute est extrêmement rare, car je ne l'ai jamais rencontrée à cette hauteur, il faudrait respecter ces sortes de fistules, et n'employer que des soins de propreté, parce qu'on ne pourrait alors opérer qu'en exposant le malade à des hémorragies funestes.

« Quelquefois, il est vrai, continua-t-il, on ne trouve point l'orifice interne de la fistule, et on ne peut parvenir avec la sonde dans le rectum par cette ouverture : on a conseillé, dans ce cas, surtout lorsque l'intestin est dénudé, de le percer le plus haut possible, et de l'inciser dans toute la hauteur de la dénudation, et quoique la crevasse reste alors sur un des côtés de l'incision, on prétend que la guérison n'en arrive pas moins.

« Je crois qu'en se conduisant de cette manière, poursuivit-il, on ne doit point obtenir de succès, car la maladie doit nécessairement recommencer, tant que la source des humidités stercorales, qui tombent et qui s'infiltrent dans les cellules du tissu graisseux, n'est point tarie : ainsi, lorsque la sonde ne pénètre pas dans le rectum par l'orifice interne de la fistule, je conseille de ne point opérer et d'attendre quelque temps.

On ne tardera pas à arriver directement dans l'intestin en suivant le trajet fistuleux : on pourra opérer alors avec certitude de succès. »

Voici encore ce que me dit ce savant professeur : « Si le rectum se trouve dénudé dans une grande étendue par la fonte du tissu cellulaire, dans le cas de fistule borgne externe, on juge que le recollement des parois du foyer ne peut pas avoir lieu, parce que tout semble s'opposer au rapprochement des parties ; on estime, dans ce cas, que, pour mettre fin à la maladie, il faut fendre longitudinalement l'intestin depuis la partie supérieure de la dénudation jusqu'à sa partie inférieure, afin de confondre le trajet fistuleux avec la marge de l'anus, et d'augmenter cette ouverture de toute la profondeur du sinus qu'elle offre : ainsi la totalité de la plaie et du sinus fistuleux doit devenir dure, et présenter une surface en quelque sorte analogue à celle de l'intestin, afin qu'elle ne soit pas blessée par le passage des excrémens, c'est-à-dire qu'elle doit se cicatriser. Je pense que ce procédé n'est pas sans danger : en fendant l'intestin à une certaine hauteur, on peut ouvrir de grosses artères qui peuvent donner lieu à des hémorragies inquiétantes, très-difficiles et même impossibles à arrêter. Pour moi, je n'opérerais point, je me contenterais de quelques soins de propreté, et j'abandonnerais la maladie à la nature, fondé sur ce que les parties peuvent se rapprocher des os du bassin. En effet, le rectum, se trouvant presque toujours distendu par les matières stercorales, remplit une grande partie de l'excavation du bassin. L'urine s'accumulant aussi dans la vessie distend cet organe et le rapproche des parois du petit bassin. La partie inférieure du péritoine est poussée en bas par les viscères de l'abdomen, et tend à remplir le vide formé par le sinus ; le muscle sphincter externe, ischio-coccygien, et surtout le releveur de l'anus remplissent encore en partie ce vide ; il est d'ailleurs impossible que tout le tissu cellulaire de cette région soit détruit ; il en reste une plus ou moins grande quantité qui, par son développement, peut encore unir et lier toutes les parties ; le sinus fistuleux peut alors se guérir sans opération, si quelque vice local ou constitutionnel ne s'y oppose : s'il en était autrement, le malade serait appauvri, dans le marasme, la maladie serait mortelle, et toute opération inutile.

« D'après ce que je viens de vous exposer, finit-il par me dire, d'après ce que vous avez vu de ma pratique, depuis que vous êtes près de moi, et ce que vous verrez par votre propre expérience, vous serez convaincu que l'opération de la fistule à l'anus est la plus simple de la chirurgie, enfin vous demeurerez étonné qu'on ait compliqué une chose très-simple par

elle-même, et qu'on se soit créé des difficultés pour avoir occasion de chercher à les vaincre. »

Ce que je venais d'entendre me fit faire des réflexions : j'attachais trop d'importance à ce que mon illustre maître m'avait dit, pour ne pas prendre la résolution d'examiner tous les cadavres que je pourrais me procurer de personnes mortes ayant des fistules à l'anus. Voici quel a été le résultat de mes recherches. Avant d'exposer le peu que j'ai à ajouter à ce qui est connu sur cette maladie, je vais rapidement examiner la disposition de l'anus et des parties qui le composent.

VIII. *De l'anus.* Cette ouverture est plus ou moins enfoncée selon les sexes. Chez la femme, elle l'est très-peu, et elle se trouve presque au niveau des tubérosités sciatiques, qui sont très-écartées et peu saillantes ; tandis que chez l'homme, l'orifice externe du rectum est plus relevé, disposition qui tient sans doute à ce que les tubérosités sciatiques font une grande saillie inférieurement, et qu'elles sont plus rapprochées que chez la femme. L'on voit très-facilement, chez ce dernier sexe, la peau du périnée s'unir avec la membrane interne du rectum, et cette union se faire presque au niveau du périnée, lorsque chez l'homme, il faut que la peau s'enfonce très-profondément pour aller gagner la membrane interne de l'intestin. D'après cette disposition des parties, l'opération de la fistule est bien plus facile à pratiquer chez la femme que chez l'homme. La tunique interne du rectum a beaucoup plus d'étendue que la musculeuse, et leur union se fait par un tissu cellulaire très-lâche : aussi lorsque la tunique musculeuse se contracte, la tunique interne se replie sur elle-même, ce qui donne à la face interne du rectum l'aspect ridé. Ces rides qui disparaissent lorsque le rectum se dilate, mais qui existent lorsqu'il est un peu resserré, sont dirigées transversalement ; elles occupent les trois quarts supérieurs de l'intestin, et l'on en trouve rarement à la partie inférieure : pourtant on a dit qu'ici il y en avait constamment qui étaient dirigées longitudinalement. J'ai infructueusement cherché les replis semi-lunaires plus ou moins nombreux que l'on a prétendu y exister, et dont le bord flottant est dirigé de bas en haut, du côté de la cavité de l'intestin : cependant Morgagni a trouvé sur deux sujets de véritables valvules au lieu de ces replis ; chez l'un, elles avaient une forme circulaire, et chez l'autre, elles représentaient un croissant ; elles étaient situées à un travers de doigt environ au-dessus de l'anus. On voit dans toute l'étendue de la face interne de l'intestin les ouvertures des conduits muqueux ; mais il serait difficile de dire si ces ouvertures sont plutôt dirigées de haut en bas que de bas en haut, ou si elles sont tout simplement dirigées vers l'axe longitudinal de l'intestin.

On parle aussi d'espèces de lacunes dont l'ouverture serait tournée en haut, et le fond en bas, et que je n'ai jamais pu rencontrer. Mais j'ai toujours trouvé à quatre ou cinq lignes audessus de la marge de l'anus, trois et quelquefois quatre dépressions qui pourraient avoir quelque ressemblance avec celles qu'on remarque à l'origine de l'aorte et de l'artère pulmonaire, si les valvules sygmoïdes en étaient enlevées, excepté que les dépressions du rectum sont moins grandes : ce sont elles qu'on a sans doute prises pour des lacunes. Quoique je les aie très-attentivement examinées, je ne les ai jamais trouvées percées d'aucune ouverture, et je les ai constamment vues parfaitement lisses : je dois seulement avouer que ces dépressions sont dirigées un peu en haut.

Le muscle sphincter interne et le plexus hémorroïdal se trouvent à la partie inférieure du rectum, entre la tunique muqueuse et les fibres charnues longitudinales. En effet, après avoir disséqué la tunique interne du rectum à sa partie inférieure, on aperçoit d'abord le plexus hémorroïdal ; ce plexus se continue et s'anastomose en haut avec les veines hémorroïdales internes, en bas avec les externes, et dans le milieu avec les veines hémorroïdales moyennes. Du côté interne, le plexus hémorroïdal est appliqué sur la membrane interne du rectum, et lorsque quelques-unes des branches de ce plexus se trouvent dilatées dans ce point, cette membrane est refoulée en dedans, elle s'amincit, prend l'aspect bleuâtre, de sorte qu'il semble que les tumeurs hémorroïdales fassent saillie dans l'intestin sans l'intermédiaire de cette membrane qui paraît ne plus exister : cependant quand on dissèque ces tumeurs avec soin, on enlève la tunique muqueuse du rectum, et on rencontre ensuite la membrane propre de l'hémorroïde.

Du côté externe, le plexus hémorroïdal est appliqué sur le muscle sphincter interne ; mais ce qu'il me paraît important d'observer, c'est que d'assez grosses branches de ce plexus se détachent, traversent le muscle, se portent en dehors, descendent ensuite sur la face externe de ce muscle jusqu'à son bord inférieur, et viennent communiquer de nouveau avec le bord inférieur du plexus hémorroïdal, de sorte que le muscle sphincter interne chez les personnes qui sont fortement attaquées d'hémorroïdes, est traversé, et en quelque sorte embrassé par beaucoup de grosses veines, ce qui lui donne un aspect comme caverneux. Cette disposition est à peine marquée sur les cadavres des personnes qui, pendant leur vie, n'ont point eu d'hémorroïdes.

Ce qui doit être encore remarqué, c'est que le plexus hémorroïdal et les veines qui lui donnent naissance, sont plus ou moins dilatés et variqueux au voisinage des hémorroïdes.

IX. J'ai poussé de l'air dans la veine mésentérique infé-

rieure au moyen d'un soufflet; le plexus hémorroïdal a été distendu, et le tissu cellulaire de la partie inférieure du rectum, près de l'anus, est devenu emphysémateux.

De l'essence de térébenthine colorée en noir a été injectée dans cette veine, et la matière a passé dans le plexus hémorroïdal, et s'est même sur-le-champ infiltrée dans le tissu cellulaire de la marge de l'anus.

X. Les veines hémorroïdales distendues et dilatées par le sang contenu dans leur intérieur, donnent lieu aux varices de ces vaisseaux; mais si, par une cause quelconque, le sang, au lieu de remonter dans ces veines, descend et s'épanche à la partie inférieure et interne de l'anus, dans quelques cellules du tissu cellulaire avec lequel les veines hémorroïdales communiquent, cet état constitue une hémorroïde : ainsi la dilatation des veines hémorroïdales donne lieu aux varices de ces veines, et le sang sorti de ces vaisseaux et épanché dans une cellule du tissu cellulaire de la partie inférieure du rectum, ou de la marge de l'anus, détermine l'hémorroïde proprement dite.

XI. Si l'on dissèque la veine mésentérique inférieure d'un sujet ayant des hémorroïdes, on voit les ramifications de ces vaisseaux aller se terminer à ces poches sanguines.

Si on isole et si on enlève complétement le tout, les hémorroïdes restent suspendues aux rameaux de la veine hémorroïdale, comme les grains de raisin le sont à la grappe.

XII. Ces petites tumeurs sanguines sont souvent le siége d'un état fluxionnaire et des plus vives douleurs. Si ces tumeurs s'ouvrent à l'extérieur, le sang s'évacue, et le malade est soulagé jusqu'au retour du nouvel accès; mais si les hémorroïdes sont internes, et qu'elles percent dans le rectum, le sang se répand dans cet intestin, et ce liquide sort par l'anus: or, dans ce cas, les humidités stercorales peuvent filtrer par le point ulcéré, pénétrer dans l'hémorroïde, l'enflammer, déterminer un petit dépôt, et, par la suite, donner lieu à une fistule à l'anus; et sur cent fistules dans cette région il y en a quatre-vingt-dix-neuf qui sont formées par ce mécanisme, et qui sont déterminées par cette cause.

XIII. Après avoir bien examiné et constaté l'état des parties sur un très-grand nombre de cadavres qui ont été soumis à mes recherches, depuis vingt-cinq ans, j'en ai trouvé soixante-quinze ayant des fistules à l'anus, et qui étaient morts d'autres maladies.

J'ai premièrement cherché à m'assurer du lieu où se trouve l'orifice interne; secondement, à connaître quel trajet suivaient le plus ordinairement ces fistules, et quelles étaient les parties à travers lesquelles ces ulcères étaient pratiqués.

1°. Dans le plus grand nombre de sujets, je n'ai trouvé qu'une ouverture interne; j'en ai rencontré quelques-uns

ayant deux orifices, et un seul sujet qui en avait trois, placées à des distances assez éloignées.

Quant à la situation de l'orifice interne, le plus souvent je l'ai trouvé immédiatement audessus de l'endroit où la membrane interne du rectum s'unit avec la peau, et quelquefois un peu plus haut; mais cette ouverture ne s'ouvre jamais à plus de cinq ou six lignes audessus : du moins, chez aucun des soixante-quinze cadavres sur lesquels j'ai trouvé des fistules, l'ouverture interne ne dépassait cette hauteur, et chez un certain nombre, elle était tout au plus à trois ou quatre lignes audessus. Cette ouverture était comme déchirée; elle était molle chez la plupart des sujets, dure et calleuse chez quelques-uns.

2°. Le trajet que parcourait la fistule s'est trouvé un peu variable. Dans plusieurs cas, j'ai vu que la fistule, après avoir pris son origine dans l'intérieur du rectum, descendait entre la membrane muquense de cet intestin et le muscle sphincter interne. Parvenue à la partie inférieure de ce muscle, elle se détournait et se portait entre le muscle sphincter externe et la peau, puis allait s'ouvrir dans le voisinage de la marge de l'anus.

Dans plusieurs autres cas, la fistule passait à travers les fibres du muscle sphincter interne, descendait ensuite entre ce muscle et les fibres charnues longitudinales du rectum, se portait à la face supérieure du muscle sphincter externe, traversait les fibres de ce muscle, et allait également ulcérer la peau plus ou moins loin de l'extrémité inférieure du rectum.

Mais sur un assez grand nombre de sujets, les parties à travers lesquelles ces fistules se trouvaient pratiquées étaient tellement confondues ou désorganisées, qu'il a été impossible de déterminer positivement la marche de ces ulcères; chez tous ces sujets aussi le trajet de la fistule était tapissé par une membrane accidentellement formée, très-mince, lisse, unie, et ne paraissant pas avoir de villosités. Il résulte de ces recherches, que j'ai été convaincu que, dans presque tous les cas, la fistule se trouve pratiquée dans une hémorroïde, et quelquefois dans le trajet d'une des veines du plexus hémorroïdal.

XIV. D'après ces données, j'affirme que l'on peut voir à l'œil simple, dans la plupart des cas, l'orifice interne de la fistule. Pour cela, il faut engager le malade à faire un léger effort, comme pour aller à la garde-robe, et en même temps on écarte avec les doigts les bords de l'anus, et l'on voit presque toujours le petit ulcère qui indique l'orifice interne de la fistule. Si on ne l'aperçoit point, il faut recourir à la sonde pour reconnaître positivement cet orifice : ce moyen n'égare

ordinairement que les praticiens qui conduisent mal cet instrument.

En effet, ayant presque toujours l'idée que l'ouverture interne est très-élevée, on dirige aussitôt le bouton du stylet en haut, et on le fait d'autant plus volontiers que l'on croit l'intestin dénudé plus haut. D'ailleurs, le tissu cellulaire de ces parties étant très-lâche, il se laisse, dans la plupart des cas, aisément pénétrer par le stylet, et plus on porte facilement en haut cet instrument, et plus on croit que l'orifice interne de la fistule est élevé; alors, il n'y a presque plus que le hasard qui puisse le faire rencontrer.

XV. Voici quel est le moyen de parcourir le plus facilement possible le trajet fistuleux, et de parvenir, par cette voie, plus sûrement dans le rectum. J'ai vu que le plus grand nombre des fistules ont leur orifice interne à quatre ou cinq lignes au plus de la partie inférieure de l'intestin, et le plus souvent audessous; elles marchent ensuite dans une étendue plus ou moins grande, entre le muscle sphincter externe et la peau: ainsi, en dirigeant en haut l'extrémité du stylet introduit dans la fistule, on est sûr de ne jamais arriver dans le rectum. Il faut donc, pour y parvenir, porter le stylet ou la sonde horizontalement et presque parallèlement au périnée, du moins chez les femmes; mais, chez les hommes, il faut le diriger un peu en haut, par les raisons qui viennent d'être indiquées. Quand on est parvenu dans la fistule, il faut faire glisser le bouton du stylet sur la face interne de la peau sans l'abandonner, puis le diriger du côté de la partie la plus inférieure du rectum, et, de cette manière, on est sûr de rencontrer bientôt l'ouverture interne de la fistule, et le doigt qui est introduit dans l'intestin. Si alors le malade est convenablement disposé, et qu'on veuille l'opérer par la méthode de l'incision, on ramène par l'anus l'extrémité de la sonde cannelée introduite dans la fistule, en la recourbant un peu. Après cela, on fait glisser le long de sa cannelure la pointe d'un bistouri, dont le tranchant est dirigé vers l'anus, et l'on coupe tous les tégumens d'un bout de la fistule à l'autre.

XVI. Je conclus par assurer qu'on trouvera toujours l'orifice interne de la fistule très-près de l'anus, et à la partie la plus basse du rectum; qu'on ne doit jamais opérer, quand la sonde ne pénètre pas dans le rectum par l'orifice interne de la fistule; qu'il n'y a point à s'inquiéter de la dénudation de l'intestin lorsque les deux ouvertures de la fistule se trouvent comprises dans l'incision. Dans le cas de fistule borgne externe, la dénudation n'est jamais assez grande, ni le tissu cellulaire assez complétement fondu pour qu'on désespère du recollement de l'intestin avec les parties voisines, et, d'après

l'opinion de Sabatier, on ne doit jamais, dans ce cas-là, fendre l'intestin.

M. le baron Larrey avait d'abord adopté le procédé de Desault pour l'opération de la fistule à l'anus; mais, livré à une pratique très-étendue, il eut bientôt de fréquentes occasions d'observer cette maladie, et de s'assurer aussi que, dans presque tous les cas, l'orifice interne de la fistule se trouve près de la portion la plus basse du rectum; dès-lors, il ne tarda pas à éclairer cette opération des mêmes lumières qu'il a répandues sur un grand nombre des points de la chirurgie, et il réduisit la partie instrumentale à un bistouri droit, comme l'avait fait Sabatier. Il remplaça la sonde ordinaire par un stylet cannelé, boutonné et flexible, qui rend le procédé extrêmement facile, et met le comble de la perfection à l'opération de la fistule à l'anus.

I. *Vice accidentel du périnée.* On a vu le périnée atteint du vice de conformation accidentel que voici : Lamotte rapporte qu'une femme de Flottemanville lui apporta un enfant qui avait été brûlé dans une marmite pleine de soupe, depuis les os pubis et le coccyx jusqu'aux genoux. Il était guéri de cette brûlure; mais il lui restait au bas de l'anus une cicatrice, au milieu de laquelle était un trou à pouvoir y introduire le doigt. Cette cicatrice formait un cul-de-sac dans lequel tombaient les matières fécales, à mesure qu'elles sortaient du fondement, et où elles restaient. Sa mère était obligée de les retirer avec un petit morceau de bois en forme de spatule. De plus, il y avait adhérence des deux cuisses, depuis le périnée jusqu'à trois ou quatre travers de doigt audessus des genoux, en sorte que cet enfant, alors âgé de sept à huit ans, ne pouvait absolument enjamber, monter ni descendre.

Lamotte ne fit aucune difficulté d'enlever toute la cicatrice qui s'était formée audessous de l'anus et du périnée, après quoi il détruisit l'adhérence des cuisses, en commençant par la partie inférieure, et il les sépara jusqu'au périnée. Cette opération, dit Lamotte, quelque affreuse qu'elle fût, ne donna que peu de sang; et le tout fut guéri en moins de cinq semaines : alors ce garçon courait et sautait parfaitement (*Voyez* la trois cent-quarante-unième observation de Lamotte, tom. II, pag. 444 de son *Traité de chirurgie*).

II. On dit que le sentiment de froid qu'éprouvent au périnée les femmes enceintes, se rapporte aux signes qui annoncent la mort de l'enfant dans le sein de leur mère. (F. RIBES)

SLEVOGT (Johannes-Hadrianus), *Dissertatio de partu Thamaris difficili et perinæo inde rupto*; in-4°. *Ienæ*, 1700.
BUSNEL, *Dissertatio de variis in perinæo fistulis*; in-4°. *Parisiis*, 1763.
SIEBLER (Johannes-Carolus), *Programma de rupturâ perinæi in partu prævavendâ*; in-4°. *Lipsiæ*, 1781.

HAGEN, *Dissertatio de præcavendâ interfeminei dilaceratione*; in-4°. *Moguntiaci*, 1790.

SCHLEUSNER, *Dissertatio de præcavendâ perinæi rupturâ in partu*; in-4°. *Ienæ*, 1797.

VOELCKENING, *Dissertatio de læsionibus perinæi muliebris*; in-4°. *Goettingæ*, 1797.

VIETH, *Dissertatio de rupturâ perinæi*; in-4°. *Goettingæ*, 1799.

NEDEL (Friedrich-wilhelm), *Vorschlag einer neuen Verfahrungsart, die Ruptur des Perinæi bey der Geburt zu verhueten, und die erfolgte zu heilen*; c'est-à-dire, Proposition d'une nouvelle méthode pour prévenir la rupture du périnée dans l'accouchement, et pour guérir cette rupture lorsqu'elle existe; in-8°. Magdebourg, 1806. (V.)

PERINÉOCÈLE, s. f., *perineocele*, de περινεον, périnée, et de κηλη, hernie: nom donné par Sagar à la hernie du périnée. *Voyez* PÉRINÉE. (F. V. M.)

PÉRINÉO-CLITORIEN, s. m., *perineo-clitorianus*. M. Chaussier appelle ainsi le muscle constricteur de la vulve, qui est nommé par Sœmmerring *constrictor cunni*. C'est une espèce d'anneau charnu, bien plus prononcé chez les femmes vierges que chez celles qui ont eu des enfans; il est formé de deux plans de fibres qui s'entrecroisent entre l'anus et la vulve, avec les muscles sphincter et transverse, et qui reçoivent souvent un faisceau de la région interne de la tubérosité sciatique; ils se portent de chaque côté en se contournant autour de l'orifice du vagin, audessus des grandes lèvres, puis viennent se terminer en devant par de courtes aponévroses qui se perdent dans la membrane du corps caverneux du clitoris. Chez les femmes qui ont eu plusieurs grossesses, ce muscle a quelquefois disparu. Son usage est de rétrécir l'orifice du vagin. (M. P.)

PÉRIODE, s. f., *periodus*, *circuitus*; quelques auteurs l'emploient mal à propos au masculin. Ce mot ne doit être rapporté à ce genre que dans les cas où il est pris au figuré, et lorsqu'on veut désigner le point le plus élevé où l'on puisse atteindre : c'est ainsi que l'on dira d'un homme qu'il est au plus haut période de sa croissance; ou bien, s'il est sur le point de mourir, qu'il est au dernier période de sa vie; mais en médecine, toutes les fois que l'on veut désigner les différentes époques d'une maladie, on doit le prendre dans le sens féminin.

Ce mot est dérivé de deux mots grecs, περι, autour, et de ὁδος, chemin, lesquels, pris dans leur sens littéral, signifient circuit, circulaire : aussi les anciens physiologistes s'en servaient-ils pour désigner la circulation ; on ne l'emploie plus guère en ce sens de nos jours.

On entend par période l'espace de temps qui s'écoule entre deux époques déterminées ou indéterminées. Dans les fièvres intermittentes, par exemple, le temps compris entre les deux

accès, paroxysmes ou redoublemens, est la période, qui comprend elle-même deux temps, celui du paroxysme et celui de la rémission.

La longueur d'une période varie à l'infini, depuis un jour, quelques heures même, comme dans certaines fièvres légères, jusqu'à plusieurs mois, plusieurs années, ainsi que le prouvent quelques affections nerveuses, l'épilepsie par exemple. Elle peut être régulière et constante, c'est-à-dire revenir à des époques fixes, et avoir une durée limitée, ainsi qu'il arrive dans la plupart des fièvres intermittentes, quel que soit d'ailleurs leur type, quotidien, tierce ou quarte. Enfin elle peut être irrégulière, comme dans la goutte et autres affections de cette nature, dont les accès sont ordinairement séparés par des intervalles variables.

On donne encore le nom de période à chacun des temps ou espaces que les maladies doivent parcourir pour arriver à leur terminaison. Ainsi, on dit que telle affection est à sa première, seconde ou troisième période; on dit la période d'inflammation, de suppuration, de résolution. Donnons quelques détails à cet égard.

Fondés sur la marche uniforme de la plupart des maladies, les auteurs ont divisé leur cours en plusieurs temps ou périodes, mais ils ne se sont point accordés sur le nombre: les uns en admettent cinq, et même davantage; les autres n'en comptent que trois, ce qui est en effet plus raisonnable: car c'est à tort que les premiers ont mis au nombre des périodes l'invasion et la terminaison des maladies. Ces deux époques ne peuvent être considérées isolément, parce que n'étant jamais qu'un passage plus ou moins prompt d'un état à un autre, et leurs phénomènes ne pouvant même être saisis d'une manière positive, on ne peut leur accorder une existence à part, et elles doivent être confondues avec les premières et dernières périodes. Ainsi, on ne doit reconnaître dans toutes les maladies que trois périodes bien déterminées, qui sont: l'accroissement, l'état et le déclin.

La première période (augment, progrès, *incrementum*), d'irritation, de crudité des anciens, s'étend depuis le moment où les phénomènes pathologiques ont commencé à se développer, jusqu'à celui où ils ont acquis tout leur complément, et sont arrivés à leur plus haut point d'intensité. Ainsi, cette première période se compose de tout l'espace de temps marqué par la progression successive et plus ou moins rapide des symptômes, jusqu'à ce qu'enfin ils s'arrêtent. La seconde période, ou la violence, état, *status*, de coction, de maturation, est caractérisée par l'excès d'intensité des phénomènes morbifiques qui demeurent stationnaires, quelquefois par l'apparition de nou-

veaux symptômes plus ou moins graves; elle comprend tout l'espace compris entre le moment où les symptômes ont cessé de croître, jusqu'à celui où ils commencent à diminuer et à décroître. Enfin la troisième période, déclin, *decrementum*, ou la terminaison, date du moment où la violence de la maladie commence à s'affaiblir, et s'étend jusqu'à la guérison.

Cette distinction est loin d'être imaginaire; elle est réelle, et basée sur l'exacte observation de la marche des maladies, aiguës surtout, qui sont régulières et non mortelles. Si l'on examine, par exemple, ce qui se passe dans un accès de fièvre, on aura une idée très-juste de la succession de ces trois périodes. La durée du frisson marque la première; la seconde est caractérisée par l'intensité de la chaleur, de la soif, de la fréquence et de la dureté du pouls, enfin par le changement de caractère et de couleur des urines qui deviennent d'un rouge orange, et augmentent d'épaisseur. La troisième se reconnaît à la diminution des symptômes précédens, accompagnée de sueurs, urines sédimenteuses et autres évacuations: on peut faire la même observation pour les maladies externes. C'est ainsi qu'une plaie présente dans sa marche trois périodes bien marquées: la première, d'inflammation et de rougeur; la seconde, de suppuration; la troisième, de cicatrisation. Mais quelle que soit la justesse de cette division, il faut remarquer que ces trois temps se tiennent d'une manière si intime qu'il serait impossible de saisir le passage de l'un à l'autre. On serait pourtant dans l'erreur si l'on croyait que les trois périodes sont toujours également sensibles: très-remarquables dans les maladies aiguës et peu graves, elles deviennent obscures dès que ces maladies se prolongent et qu'elles tendent à la mort. En outre, il arrive souvent que les maladies marchent avec une telle rapidité qu'il est impossible d'établir aucune division, et que tous les temps se confondent, l'invasion étant marquée par un excès de violence qui va toujours en augmentant et ne s'arrête qu'à la mort, comme dans l'apoplexie foudroyante. Il en est de même de beaucoup de maladies chroniques auxquelles on ne pourrait appliquer cette division, parce que, si elle existe, elle est insensible, dans le cancer, par exemple.

La durée de chaque période ne saurait être déterminée; elle varie à l'infini, suivant le genre et l'espèce de la maladie, suivant le degré d'énergie vitale de l'organe affecté, suivant l'âge, le tempérament, la vigueur de la constitution, etc. Ordinairement de quelques jours dans les maladies aiguës, elle peut durer plusieurs mois dans les maladies chroniques. En général, la première période est un peu plus longue que la seconde, mais moins que la troisième, qui est ordinairement la plus étendue.

M. Dumas, dans la doctrine des maladies aiguës, établit parité entre les périodes des maladies aiguës et celles des maladies chroniques, avec cette différence, que ces dernières se composent suivant lui de quatre temps, d'une imminence, d'un accroissement, d'un état, et d'un quatrième temps, dans lequel elles tendent vers une irritation favorable ou défavorable : seulement elles sont plus lentes et plus obscures.

Dans la période de commencement ou d'imminence, la plupart des maladies chroniques se ressemblent, et les affections les plus graves se présentent sous des formes communes, qui ne permettent pas toujours de les discerner. Dans la période de développement ou de confirmation, on trouve la réunion de tous les caractères qui établissent le genre et l'espèce de maladie; enfin, la période d'état ou de permanence, et la période de terminaison dans laquelle les élémens se dissolvent et disparaissent, se compliquent avec d'autres, ou enfin s'aggravent jusqu'à ce que l'extinction des forces suspende tout progrès et amène la mort. M. Dumas établit ces quatre périodes par le tableau rapide de ce qui se passe dans la phthisie pulmonaire, le scorbut, les écrouelles, la goutte, le rachitisme, etc. Voici comment il divise la marche de cette dernière affection : Première période. Les symptômes sont encore insuffisans pour la caractériser; il y a mollesse, relâchement de la peau, volume plus considérable de la tête relativement au reste du corps, bouffissure de la face, tuméfaction du ventre, faiblesse des muscles, gonflement des articulations, grosseur des artères et des veines supérieures, amaigrissement général. Deuxième période. Les dimensions de la tête augmentent, les sutures s'écartent, les côtes s'affaissent, le thorax est comprimé, le sternum se relève et fait saillie, les os commencent à perdre leur consistance et leur fermeté. Troisième période. Tout le système osseux est affecté d'une infirmité radicale; les os ramollis se fléchissent et se contournent de diverses manières, ils semblent éprouver le premier degré de la dissolution. Les muscles, les membranes, les vaisseaux, les viscères, paraissent mous et flasques, sans activité. Quatrième période. La dissolution des os est accélérée, la dégénération acide se fait sentir, la colonne vertébrale et les membres se contournent, la fièvre lente s'établit; enfin survient la série des phénomènes qui amènent la mort.

Cette division du cours des maladies est essentiellement pratique et de la plus haute importance, non-seulement pour établir le pronostic, mais encore pour assurer le traitement. C'est faute de l'avoir suffisamment étudiée qu'il se commet souvent des erreurs graves dans l'un et l'autre cas. En effet, comment est-il possible de connaître la gravité d'une maladie et d'établir son traitement d'une manière judicieuse, lorsqu'on

ignore si elle augmente encore de violence, si elle est stationnaire, ou bien enfin si elle marche à la terminaison : car chacun de ces temps a son traitement particulier qui ne saurait être appliqué à tout autre sans de grands dangers. Il est donc bien évident que, privé de ces connaissances, on marche au hasard, et l'on est exposé à chaque pas à troubler le travail de la nature par des remèdes intempestifs et donnés sans discernement, tandis que, appuyé sur elles, on peut agir avec une espèce de certitude. C'est sur la connaissance exacte des divers temps d'une maladie qu'est basé l'emploi de la médecine perturbatrice, et ce n'est que par ce moyen que cette médecine, d'une application si difficile et si dangereuse entre des mains ignorantes, peut rendre de très-grands services. Confirmons ceci par un exemple frappant pris parmi les maladies aiguës. Que l'on soit appelé au début d'une pleurésie violente, alors qu'ont lieu dans l'économie les troubles des diverses fonctions, et que se développent avec rapidité les divers phénomènes qui signalent la marche de la première période de la plupart des maladies aiguës. Il n'est pas douteux que dans le plus grand nombre de cas on ne retire les plus grands avantages de l'emploi des saignées générales et locales, et que même on n'arrête la marche de la maladie; mais s'il arrive que, par ignorance ou autre cause, on laisse passer cette époque favorable, ou bien qu'appelé auprès du malade seulement alors que la maladie est entrée dans la seconde période, on la méconnaisse : nul doute que ce même traitement, si avantageux dans le premier cas, parce que la nature encore indécise, ou non déterminée pour telle ou telle terminaison, ne peut en éprouver qu'un grand soulagement, ne devienne dans le second cas la cause manifeste de la perte du malade, parce que la nature s'est déjà décidée, qu'elle a choisi elle-même la voie de guérison la plus favorable, qu'elle a besoin de toutes ses forces pour achever son travail, et qu'un semblable moyen ne peut que l'affaiblir et la troubler.

Il est donc de la plus haute importance de connaître l'existence de cette seconde période, puisque le médecin doit presque toujours alors se contenter du rôle de simple spectateur, ou bien seulement d'observateur de la nature, et se borner à la régler et à l'aider dans sa marche, en éloignant avec soin toute médication active. Hippocrate qui avait bien saisi toutes ces nuances, recommande essentiellement de bien distinguer le temps de la coction, non-seulement par rapport au jugement à porter sur les événemens, mais encore par rapport à la manière de se conduire, et il recommande de s'en tenir à la médecine expectante. Il trace dans ce peu de mots toute la conduite

à tenir : *Incipientibus morbis, si quid movendum videtur, move; vigentibus verò, quietem agere melius est* (aph. 29, sect. III.) Avant d'avoir vu le temps de la vigueur, dit Prosper Martian, il est impossible de pouvoir décider laquelle, de la nature ou de la maladie, prendra le dessus. Galien connaissait bien tout l'intérêt qu'offre cette époque des maladies, aussi y insiste-t-il d'une manière spéciale. La maladie est arrivée à son plus haut degré d'intensité; de son côté, la nature met en jeu toutes ses forces pour résister, déploie toute son énergie pour s'assurer la supériorité, et ce n'est qu'après avoir attentivement observé cette lutte et bien apprécié les résultats dont elle est suivie, que le médecin peut annoncer avec plus ou moins de probabilité, quelle sera la terminaison de la maladie. Si elle doit être heureuse, la maladie entre dans sa troisième période, qui exige d'autres soins, les phénomènes qui viennent de se passer ne peuvent avoir eu lieu sans occasioner une secousse plus ou moins forte, et qui a laissé l'économie dans un état d'affaissement plus ou moins considérable : le médecin doit alors donner toute son attention à relever les forces de la nature par l'administration bien entendue du régime et des remèdes fortifians. Mais dans le cas où la mort devrait avoir lieu, la troisième période serait nulle, parce que la nature accablée n'opposant plus aucun obstacle à la violence des symptômes, ceux-ci, loin de diminuer, ne pourraient aller qu'en croissant jusqu'à la fin. (REYDELLET)

TESTA (Anton.-Joseph), *Bemerkungen ueber die periodischen Veraenderungen und Erscheinungen, im kranken und gesunden Zustande des menschlichen Koerpers*; c'est-à-dire, Observations sur les changemens et les phénomènes périodiques, dans l'état sain et l'état malade du corps humain; in-8°. Leipzig, 1790. (V.)

PÉRIODEUTE, περιοδευτες, *circuitor*, était le nom que les Grecs donnaient à une classe de médecins qui allaient exercer leur art de ville en ville; mais il servit plus particulièrement à désigner ceux d'entre ces médecins qui, bornés à une seule opération, telle que la taille, la hernie, la castration, ne séjournaient dans un endroit que le temps nécessaire pour opérer, et se rendaient ensuite dans les lieux où leur présence était nécessaire. C'était surtout chez les Egyptiens que les périodeutes étaient aussi communs qu'indispensables, puisque la médecine était divisée en autant de branches distinctes qu'ils connaissaient de maladies, et, si on en croit Galien, il y en eut à Rome pendant longtemps. Depuis les siècles les plus reculés jusqu'à nos jours, le domaine de la médecine a été exploité par une classe de guérisseurs et d'opérateurs ambulans, d'autant plus dangereux pour l'humanité, qu'ils étaient tous dans une ignorance profonde des premiers

préceptes d'un art qu'ils embrassaient par spéculation, et qu'ils exerçaient, ou plutôt qu'ils exploitaient dans la classe la plus nombreuse et la plus facile à duper. C'est ainsi que Phèdre nous fait le tableau d'un savetier devenu médecin :

Malus cum sutor inopiâ deperditus
Medicinam ignoto facere cœpisset loco,
Et venditaret falso antidotum nomine,
Verbosis acquisivit sibi famam strophis.
lib. 1, fab. 14.

Galien se plaignait aussi que, de son temps, les teinturiers, cordonniers, maréchaux, etc., se mêlaient impunément d'exercer la médecine, et osaient disputer aux vrais médecins les premières places de la république. Il cite un de ces droguistes (*pharmacopola*) qui faillit aveugler un homme en lui appliquant un bandage trop serré sur ses yeux malades. Que de droguistes de nos jours renouvellent ce scandale dont gémissent les médecins! Il est vrai que, dans le nombre, il en est qui ont usurpé ce nom, et qui, munis d'un diplôme, vont hardiment leur train, et exercent couverts de cette puissante égide. A Rome, où il n'existait aucune police médicale, le premier venu se livrait à la pratique en disant : Je suis médecin, et personne ne lui coutestait son titre; ce qui était très-commode pour celui qui voulait faire son profit de la crédulité publique : tandis que nos lois rendent ce métier beaucoup plus difficile et plus périlleux.

A la fin du dix-septième siècle, il y avait en France beaucoup de périodeutes, qui se rendaient chaque année dans les villes dont la population était trop peu nombreuse pour entretenir un chirurgien habile, et qui y pratiquaient les plus graves opérations. Quelques hommes de mérite, tels qu'Octavian, de Ville, Collot, Cuvillard, etc., doivent être inscrits parmi les chirurgiens qui ont honoré leur profession, et, aujourd'hui, quelques oculistes et lithotomistes font, comme leurs prédécesseurs, des tournées périodiques dans les départemens. Nous voudrions seulement qu'ils ne se fissent point annoncer par les journaux, qui ne manquent jamais de leur distribuer un encens qui ne doit pas les enivrer, puisqu'ils savent d'avance combien en vaut l'once. Cette précaution doit être abandonnée aux charlatans, qui, à défaut de vrais talens, se font prôner en payant, et n'ont que ce seul moyen de se préparer une plus grande quantité de dupes, qui ne manqueront pas de leur rendre avec usure les avances qu'ils ont faites. Nous espérons d'ailleurs que le nombre de chirurgiens de mérite qui se font remarquer aujourd'hui dans les hôpitaux de quelques villes assez populeuses des départemens, rendra inutiles les tournées de nos périodeutes, répandra les secours de la

chirurgie d'une manière plus prompte et plus efficace dans toutes les classes de la société, et fera enfin cesser un scandale dont la médecine a eu tant à gémir.

Le règne des périodeutes touche à sa fin : bientôt même on ne verra plus les chirurgiens de Paris appelés hors de cette capitale pour faire les opérations qu'on a cru si longtemps, et avec raison, ne pouvoir être aussi bien faites que par eux. Les chirurgiens des villes secondaires rivalisent d'instruction et de talens avec ceux de la grande cité dont ils furent les disciples. Il n'est pas de départemens aujourd'hui où l'on ne pratique avec habileté et succès les opérations les plus difficiles. Les bonnes études sont les meilleurs maîtres; les ouvrages du temps et ceux des temps passés, la grande expérience acquise aux armées, tout a concouru à former d'excellens praticiens, et à rendre inutiles les courses et l'intervention des hommes mêmes les mieux famés. Partout on exerce la médecine oculaire. On connaît à présent peu d'hôpitaux, peu d'établissemens publics où l'on ait encore besoin d'un oculiste. Ce sera même désormais une honte pour les chirurgiens qui souffriront qu'un étranger touche aux malades aveugles ou calculeux qui seront soumis à leur curation. (PERCY et LAURENT)

PÉRIODICITÉ, s. f. (*Recherches sur les causes des mouvemens périodiques dans l'économie animale*). Le mot *périodicité* a été créé pour désigner cette propension marquée de plusieurs des mouvemens de l'organisme à des retours réglés, et à se montrer à des époques déterminées, sans qu'on en voie la raison, comme dans les fièvres intermittentes dont les accès sont plus ou moins réguliers, et comme dans les retours menstruels, ou les révolutions qui ramènent les paroxysmes de l'épilepsie et de beaucoup d'autres névroses. De même le sommeil, la faim, le besoin des déjections journalières, reviennent habituellement chez la plupart des hommes à des heures constantes, par l'effet des accoutumances. En général nos fonctions suivent un mouvement circulaire qui les fait revenir au même point, et repasser sans cesse sur les mêmes traces; mouvement désigné avec raison par le nom de périodique *περι*, *circum*, *οδον*, *viam*.

Mais d'où vient cette route circulaire de toutes nos fonctions? Les médecins, dès les âges les plus antiques, en ont fort bien remarqué une multitude d'exemples. Ils se sont plus à recueillir tous les faits qui prouvaient clairement cette révolution des mouvemens vitaux. Hippocrate parle des périodes de plusieurs maladies dans son livre *Des chairs*, *περι σαρκων*. En effet, pourquoi l'accès des fièvres quotidiennes revient-il si exactement chaque matin vers le lever du soleil? Dans les fièvres tierces, l'accès reprend presque toujours vers le midi, et, dans

les quartes, il retourne ordinairement l'après-midi vers les trois heures. Ces retours sont tellement réguliers, d'après l'expérience universelle des praticiens, que, lorsque ces fièvres sont interrompues ou suspendues, si elles reparaissent, c'est précisément au même jour où elles avaient coutume de revenir (Ant. Jos. Testa, *De vitalibus periodis ægrotantium et sanorum, seu Elementa dynamicæ animalis*, Lond., 1787, in-8°., tome I, p. 167). C'est pour cela que Werlhoff avait coutume, après la guérison d'une fièvre intermittente, de laisser reposer, pendant sept jours entiers, les convalescens, et de leur faire reprendre des fébrifuges pendant la semaine suivante, pour rompre entièrement la disposition périodique et assurer la guérison (*Observ. de febrib.*, sect. VI, §. 4-7).

Galien, qui a disserté sur les périodes fébriles, établit une théorie subtile, à sa manière, sur leurs circuits ou retours (*De different. febrium.*, lib. II, c. XVII); il parle ailleurs aussi des paroxysmes et des temps de durée des maladies (*Lib. de temporibus morborum*, c. I, aphor. 12). Il revient aussi sur les redoublemens des accès dans les doubles tierces ou quartes, les hémitritées (*De typis libell.*). Le savant J. Fernel observe, au sujet des fièvres quartes, qu'elles sont d'autant plus rebelles aux remèdes et à la guérison, que leurs accès sont plus voisins de l'heure de midi (*Abdit. rerum causis*, lib. II, c. XIII, p. 204, edit. Paris, 1548, fol.).

On a souvent et longuement étudié les jours critiques des maladies reconnus par les pythagoriciens d'abord et par Hippocrate, soutenus avec ardeur par Galien, puis révoqués en doute par plusieurs modernes, ou du moins regardés comme plus variables et irréguliers que ne le supposaient les anciens. Toutefois, des observations de pratique tirées, soit de de Haën (*Ratio medendi in nosocomio practico*, Paris, 1771, in-12, t. I, pag. 30, sq.), soit de Leroy de Montpellier (*Du pronostic dans les maladies aiguës*, Montpell., 1776, in-8°.), soit d'Aimen (*Dissertation dans laquelle on examine si les jours critiques sont les mêmes dans nos climats qu'ils étaient dans ceux où Hippocrate les a observés*, Paris, 1782. in-8°.), il est manifeste qu'il existe des jours critiques dans lesquels se jugent les maladies, soit pour la guérison, soit pour la mort du malade. *Voyez* CRISE, JOUR.

Plusieurs auteurs traitent non-seulement des révolutions plus ou moins courtes ou rapides des maladies, comme de jours et nuits, de semaines ou septénaires, de mois, mais encore d'années et de semaines d'année ou *septennium*. Ainsi, l'on voit des révolutions de sept ans en sept ans pour les âges, comme la seconde dentition à sept ans, la puberté à quatorze

ans, la fin de la croissance et l'éruption de la barbe à vingt-un ans, etc. *Voyez* AGE.

Il y a des maladies annuelles déjà notées par Hippocrate (*Epidem.* II, et *De naturâ hominis*, et *Aphor.* I, sect. III), reconnues également par Avicenne (*Canon. medic.* I, fen. II, *Doctrina* II, c. VI, sq.), et des douleurs retournant à chaque époque annuelle (*Act. nat. curios.*, t. V, obs. 18; Eyerel, *Dissert. med.*; et Stoll, IV, n°. 6., etc.). Tout le monde connaît la période menstruelle des femmes; les retours des affections arthritiques à certaines saisons, celui de l'asthme, selon Van Helmont (*Asthma et tussis*, §. XXII), etc. D'ailleurs, tous ces faits sont rapportés avec détail dans l'ouvrage de Joseph Testa, cité précédemment, et aux articles *période* ou *périodique* de ce Dictionaire.

Cette disposition merveilleuse de l'économie animale tient, sans contredit, à quelque cause abstruse qu'il serait bien intéressant de connaître, puisque nous serions alors plus en état de combattre ses résultats nuisibles, ou de prévenir des retours funestes de paroxysmes ou d'accès, s'il est possible d'y parvenir.

§. I. *Opinions des anciens sur les causes de la périodicité de nos mouvemens organiques.* Le premier philosophe qui remarqua le mieux ces retours de nos fonctions, et les assimila aux mouvemens rhythmiques ou à l'harmonie, fut Pythagore. Ayant considéré que nous nous plaisions à des périodes mesurées dans la musique et aussi dans la poésie, puis à des retours réguliers, comme à celui des strophes et à la ritournelle des airs; ayant observé d'ailleurs combien un rhythme, ou grave et lent, ou vif et léger, animait à l'unisson tous nos mouvemens, jusqu'à nous forcer à marcher ou danser selon la cadence, il én conclut que notre ame était une *harmonie*, une sorte de tempérament ou d'équilibre de composition d'élémens opposés, comme l'harmonie des sons résulte de tons divers d'après des nombres et proportions déterminés. Cette opinion, dit Aristote, est l'une des plus spécieuses, et n'est nullement inférieure à toutes celles qu'on a proposées sur la nature du principe qui nous anime (*De animâ*, lib. I, text. 54). Rien n'est plus ami de nos sens que la musique, ajoute Platon, η ποικιλας των μελωδων (dans le Timée). Tandis que le désaccord, la cacophonie, déconcertent nos esprits, une douce et suave mélodie, s'insinuant dans notre ame, raccorde délicieusement toutes nos facultés : et ne voyons-nous pas les enfans, même à la mamelle, s'endormir paisiblement sur le sein de leur nourrice par quelque aimable chansonnette qui récrée leur jeune intelligence, les rend attentifs jusqu'à leur faire oublier les douleurs d'entrailles ou celles de la dentition? Tel a tou-

jours été le charme de la mélodie et du rhythme, que les anciens comme les modernes l'ont employé dans les festins pour écarter ces tristes soucis de la vie capables de troubler la digestion : au lieu que l'*enchantement*, transportant alors notre ame, facilite le libre jeu de l'économie, et nous plonge dans de douces rêveries et même dans un sommeil réparateur, en appelant toute notre attention à ces chants mélodieux qui nous enivrent de plaisir. Ainsi l'ordre et la régularité des nombres harmoniques influent sur notre système nerveux, le ramènent à cet heureux unisson du bien-être et de la santé, comme ils apaisent les émotions turbulentes et rappellent le doux calme du repos.

Cette action très-réelle des nombres harmoniques ou du rhythme est toute-puissante sur les soldats, qui s'animent au combat, et sur les animaux même qu'on excite ou qu'on émeut, tantôt de fureur, tantôt de tristesse, par des sons divers. *Voyez* MUSIQUE.

Les sept tons du diapason, ou d'une octave à une autre, et les autres échelles des sons harmoniques, furent l'origine de cette division septénaire, qui remplit un si grand rôle dans l'histoire des jours décrétoires des maladies et dans les révolutions des âges. Les mouvemens sidéraux, surtout des sept astres errans connus des anciens, et qui donnent encore leurs noms à notre semaine, étaient, selon les pythagoriciens, soumis aux nombres harmoniques : tous les êtres sublunaires ou de notre monde, l'homme surtout, étaient gouvernés par ces révolutions des astres et par le concert ineffable des cieux.

Aussi Galien ne manque pas de rattacher les périodes fébriles intermittentes aux périodes lunaires : par exemple, il partage le mois lunaire de vingt-huit jours en quatre septénaires ou *heptameron*, formant la plus longue durée des fièvres continues : car elles se jugent, ou le premier, ou le second, ou le troisième septénaire, communément. De même, la fièvre intermittente se juge aussi, selon lui, par le septième accès, ou le quatrième, etc. Pour que la fièvre quarte atteigne son période naturel, il faut, selon cet auteur, que le nombre de ses accès égale, dans leur durée additionnée, le nombre de sept ou de quatorze jours, comme si elle était une fièvre continue, fractionnée par des intervalles (*Voyez* aussi les *Commentaires* de Thom. à Vega sur les écrits de Galien à cet égard, et Averrhoës, *Colliget*. 7). Cette opinion, regardée comme très plausible, a longtemps paru suffisante pour expliquer la périodicité de toutes les maladies, et, de nos jours, plusieurs médecins anglais, tels que Jackson, Gillespie, surtout Balfour, ont rétabli cette opinion abandonnée,

et que Richard Mead avait également étayée de tout son savoir (*Voyez* ce que nous exposons à l'article *lune*).

Le fameux Paracelse voulut aussi expliquer les causes de la périodicité (*De Tartaro*, lib. II, tract. II, c. III). Dans la fièvre éphémère, dit-il, la crise a lieu dans neuf jours, soit pour la mort, soit pour la vie, parce que la maladie est causée par un *sel pointu*. Le premier âge de l'*yliadus* (c'est probablement le principe vital) subsiste tant qu'il est pur, quand l'homme aurait soixante-dix ans. S'il n'a jamais été atteint de maladie, l'homme se trouve donc dans ce premier âge de l'yliade; mais, aussitôt qu'il est infecté de maladie, il entre alors en son second âge. Le troisième âge vient aux approches de la mort. On ne doit pas médicamenter dans le premier âge, puisqu'il n'est pas nécessaire de le faire; il n'est plus temps dans le troisième, mais bien dans le second. La matière de la crise procède, ajoute-t-il, des excrémens de l'yliade. Les jours critiques *arsenicaux* sont le troisième dans les maladies aiguës, le cinquième dans les plus aiguës, le septième dans les très-aiguës. La crise *mercurielle* a lieu le quatrième jour, la plus subtile a lieu le troisième et le deuxième, etc. La crise *sulfurée* a lieu en six jours ou une semaine, mais les plus mauvaises crises dans la seconde semaine. Pour comprendre ces expressions singulières, il faut savoir que Paracelse établit des maladies arsenicales, mercurielles et sulfurées.

Mécontens de ces idées bizarres, des médecins allemands cherchèrent d'autres explications des causes de la périodicité, et l'on s'attacha à deux principales. Selon Cornelius Gemma (*Cosmogr.*, l. I, c. VII), cité par Schenckius (*Observ. medic.*, lib. VI, p. 730, édit. Lugdun., 1644, fol.), la fièvre quotidienne ayant son siége dans l'estomac ou ventricule, la tierce à la rate, la quarte aux hypocondres et aux capsules atrabilaires, plus le foyer de ces maladies était situé inférieurement, plus le mouvement vital y était languissant et embarrassé. De là venait le plus grand retard de leurs périodes : car plus les maladies étaient placées haut, plus leur foyer était inflammatoire, et leur type aigu, selon cette hypothèse.

L'observation ne l'ayant pas suffisamment justifiée, on s'attacha ensuite à une autre explication. Les maladies, selon quelques médecins, suivent des périodes, et manifestent des symptômes correspondans à la nature et à l'exaltation propre des humeurs. Ainsi le sang qui est, selon eux, la source des fièvres quotidiennes, est plus atténué et plus subtil que l'humeur épaisse et poisseuse de la rate ou du pancréas : d'où dérivent les fièvres tierces; et cette humeur est encore moins dense ou moins grossière que la matière terrestre et crasse des capsules atrabilaires, d'où naissent les fièvres quartes, si lentes et si

rebelles à guérir. Donc, plus une humeur sera subtilisée, légère, plus elle sera mobile, et plus elle excitera des paroxysmes rapprochés entre eux, puisqu'on voit, ajoutent ces auteurs, les humeurs les plus agitées et secouées produire des fièvres d'un type souverainement aigu et continu sans la moindre rémission.

Stahl essaya de rechercher aussi les causes de la périodicité, et crut les rencontrer dans les effets de l'habitude. Il dit dans sa Dissertation (*De tertianâ, febris genium universum manifestante*, resp. Godof. Meyer, Halæ, 1706, recus. 1715) : le paroxysme de la fièvre tierce simple, le premier jour de son invasion, a lieu de huit à neuf heures du matin jusque vers midi; ce qui est l'époque du déjeûner chez toutes les personnes qui sont accoutumées à ce repas : aussi sont-elles plus communément prises de ces paroxysmes de huit à neuf heures. Pour les personnes qui ne déjeûnent pas, le paroxysme prend plus près de midi, et dure douze heures. Donc, ajoute Stahl, c'est l'époque de l'ingestion des alimens qui excite la nausée, la disposition à vomir, le paroxysme fébrile enfin; car l'estomac n'a pas besoin d'horloge pour nous indiquer l'heure habituelle de manger : l'homme sain se la rappelle avec appétit; mais l'homme malade ne se la rappelle qu'avec nausées, dégoût, malaise, quand il a la fièvre (p. 49). Pourquoi cet effet arrive-t-il plutôt vers l'heure du dîner que vers celle du souper? Stahl répond que c'est parce que le souper n'est qu'un moindre repas, une sorte d'appendice ou de complément du dîner; car il y a plus d'espace du souper au dîner du lendemain, que de celui-ci au souper.

Mais pourquoi ceci n'arrive-t-il que de deux jours l'un en cette fièvre? Stahl avoue qu'il est hors d'état d'expliquer cette intermission, mais que la nature a coutume de suivre des retours fixes, et que souvent les fièvres consistent davantage en ces habitudes vicieuses, qu'en une *matière peccante morbifique*. Cette habitude toute machinale devient quelquefois même récrudescente l'année suivante, à une même saison, et dans les mêmes circonstances, par le retour des mêmes causes et du même état de l'organisme (*ibid.*, p. 50, sq.). Enfin, il témoigne ailleurs (*Dissert. de affectionibus periodicis*, et celle *De morborum periodis*, p. 16-23, sq.), que souvent la cause de la périodicité est *inscrutable*.

Plusieurs médecins anglais ont à leur tour rattaché la périodicité de nos fonctions aux mouvemens journaliers, ou à la période de vingt-quatre heures du *nycthéméron*, qui influe sur notre économie. Cette rotation successive de nos fonctions, chaque jour, de la veille, du sommeil, de la réparation nourricière, des sécrétions et excrétions, établit en effet une pério-

dicité habituelle, et comme innée dans tout le jeu de notre organisme (Bryan Robinson, *Essays on animal œconomy*; Cullen, *Élém. de méd. prat.*, t. 1, p. 32, sq.: trad. fr. de Bosquillon; Paris, 1785, in-8°.; et surtout Erasme Darwin, *Zoonomie*, tome IV, page 342: traduct. fr. de Kluyskens; Gand, 1811, in-8°.). N'est-ce pas ainsi comme un système de rouages engrenés l'un dans l'autre, une sorte d'horloge vivante, montée par la nature, et entraînée par le mouvement rapide de notre sphère et du soleil?

Des médecins modernes ont aussi tenté, en Allemagne, d'expliquer les causes de la périodicité. Von Hoven les rapporte à l'activité naturelle de nos organes, quand ils sont vicieusement affectés par les maladies (*Von fiebern*, t. 1, p. 241); ce qui n'explique rien toutefois; mais Ruediger (*Dissert. de naturâ et medelâ morborum nevricorum.* Tubing., 1806, in-4°.), et surtout J. F. Ackermann, attribuent la cause des redoublemens des fièvres et des autres maladies, et le type des périodes des fièvres à certaine accumulation de fluides impondérables (*aura oxygenea*) dans les ganglions des nerfs. Il s'ensuit une décharge après une période donnée.

Tel est à peu près l'état des recherches sur ce point intéressant de la physiologie animale. Essayons d'y porter, s'il se peut, quelque lumière à notre tour.

§. II. *Nouvelles considérations sur les causes des révolutions périodiques dans l'économie animale.* On n'a pas suffisamment observé, il nous semble, l'influence des mouvemens circulaires ou de rotation, habituels dans le corps de l'homme et de la plupart des animaux sur le retour de toutes nos fonctions.

En effet, le système circulatoire du sang envoie perpétuellement à toutes les parties un nouveau liquide stimulant et réparateur. Il s'ensuit que l'utérus, par exemple, admettant dans les mailles de son tissu spongieux et vasculaire, successivement et selon l'état de sa sensibilité, une certaine accumulation de sang, il arrive une époque de pléthore particulière de cet organe qui le détermine à se dégorger. Si, dans la constitution ordinaire de la femme à l'état de santé, il faut un mois pour amener l'accumulation du sang à un point suffisant de turgescence pour forcer les vaisseaux à s'ouvrir, on comprend comment les modifications de la sensibilité de l'utérus peuvent accélérer ou retarder cette époque, et comment les diverses erreurs de diète peuvent déranger aussi la régularité de ces périodes, en ralentissant ou précipitant le cours du sang, etc. Tous ces effets peuvent fort bien se comprendre, et ont été entrevus par Freind et d'autres emménologistes.

Or, ce qui arrive manifestement pour l'utérus, s'opère de même dans les autres systèmes sécrétoires. Par exemple, la

sécrétion du sperme s'opère à mesure que le sang afflue par les artères spermatiques aux testicules, et remplace successivement la déperdition ou la résorption du liquide générateur.

De même cette distribution d'un sang réparateur à toute l'économie animale, à mesure que l'action de la vie l'use et la détruit, exige une réfection alimentaire après une période suffisante. De là vient le retour nécessaire de l'appétit et du boire et du manger. Par une raison semblable, il devient nécessaire de dormir après que le mouvement et la veille ont épuisé nos facultés motrices et sensitives. Il s'établit donc forcément un cercle habituel de repos et d'activité, de nutrition et de déperdition, ou de sécrétion et d'excrétion. Comme la période journalière amène, dans l'espace de vingt-quatre heures, les mêmes circonstances de jour et de nuit, de soir et de matin, nous sommes forcés de recommencer le cercle de nos habitudes et la chaîne de nos fonctions organiques, au point que l'économie roule sans cesse dans les mêmes ornières de l'accoutumance, et s'attend aux mêmes résultats. *Voyez* HABITUDE et JOUR.

Il ne peut donc pas se faire un autre mouvement que le périodique dans la constitution des animaux. Tout s'y enchaîne dans un cercle nécessaire (*Voyez* NATURE), et les actes organiques ne peuvent être continués longtemps sans se conformer à ce mouvement de révolution qui fait succéder le repos au travail. C'est par là que nous plaisent les chants et le rhythme poétique, qui entraînent des repos réguliers après des nombres exactement mesurés ; aussi nos mouvemens vitaux sont longtemps soutenus par ce mécanisme, comme on l'observe chez les personnes qui travaillent ens'aidant par des chants. Les refrains et les ritournelles sont toujours ce qui cause le plus de plaisir.

Or, rien ne s'habitue mieux à cette périodicité que le système nerveux, qui reçoit également sa réparation du sang artériel et de la circulation. Il n'est donc pas surprenant que les maladies nerveuses soient presque toutes soumises à un type périodique plus ou moins régulier. Ainsi, les paroxysmes épileptiques sont évidemment une décharge du système nerveux, qui reprend son équilibre naturel après ceux-ci, jusqu'à ce qu'une nouvelle accumulation de la cause irritante ramène un autre paroxysme.

Cette vérité deviendra plus manifeste en considérant ce qui se passe dans les douleurs du calcul rénal. Certainement la cause excitante ou les petits calculs subsistent dans les reins, en sorte qu'ils devraient continuellement agacer les nerfs, et engendrer des douleurs perpétuelles. Mais il n'en est pas ainsi ; car, après que la sensibilité a été, pour ainsi dire, épuisée

et consumée dans l'organe souffrant, il dort ou se repose, pour ainsi parler, jusqu'à ce que le renouvellement de la faculté sentante rappelle de nouvelles douleurs.

On ne doit donc point être surpris que les fièvres intermittentes éprouvent également des périodes de repos et des temps de recrudescence ou d'accès. Il faut que l'organisme se remonte à un certain état pour devenir susceptible de ressentir les mêmes accidens, tout comme il faut un certain degré d'excitation ou d'éveil aux sens pour qu'ils affectent des objets. Ainsi, le goût n'est pas encore éveillé, pour l'ordinaire, en sortant du lit; il faut donc un certain état de stimulation morbide pour qu'un accès puisse renaître encore dans les maladies intermittentes; car la guérison de ces maladies consiste à rompre cet état vicieux de la sensibilité de plusieurs appareils ou systèmes organiques qui subsistent parfois longuement sans matière morbide.

Ainsi, l'on pourra comprendre pourquoi des fièvres sont quotidiennes, tierces, quartes ou double-tierces, etc., comme on verra facilement pourquoi les pyrexies qui éprouvent le plus grand nombre d'accès en moins de temps, achèvent plus rapidement leur période de durée, ou parviennent plus tôt à leur effort critique : aussi les fièvres quotidiennes se jugent avant les tierces, et le type quarte est le plus tenace et le plus rebelle. Les mêmes cycles jugent les maladies en bien ou en mal : *In iisdem verò circuitibus naturæ judicant sanitatem è morbo, et morbi interimunt* (Aretæus, *Acut. morb. curat.*, l. II, c. III).

Si l'on demande pourquoi l'invasion des fièvres quotidiennes est plus matinale que celle des tierces, et pourquoi les quartes ont l'invasion la plus tardive dans la journée, nous en découvrirons la cause dans la nature des complexions attaquées d'ordinaire par ces pyrexies.

Il est certain que les constitutions sanguines et vives, surtout dans la jeunesse, sont les plus exposées au type quotidien et à l'invasion matinale; de même les tempéramens lents, mélancoliques, surtout dans un âge avancé, sont disposés davantage au type de la fièvre quarte et à une invasion postméridienne ou vespertine. Les individus d'âge intermédiaire et de constitution modérément vive sont les plus généralement affectés du type tierce. Pareillement, si, dans une fièvre quotidienne, on affaiblissait l'organisme par des saignées, elle descendrait au type de tierce et même de quarte. Si l'on stimulait, au contraire, l'économie animale dans une fièvre quarte, celle-ci passerait au type tierce, puis quotidien, et même à l'état de fièvre continue, plus ou moins aiguë. On peut donc, selon la méthode de médicamenter, changer les types, accélérer ou retarder les périodes, c'est-à-dire aug-

menter ou diminuer les causes de cette accumulation qui détermine les paroxysmes fébriles.

Les complexions vives étant les plus promptes à s'émouvoir, seront donc plustôt atteintes de fièvres (sinon continues), du moins du type quotidien, et l'invasion de celles-ci sera matinale, aussitôt que le jour ramènera les facultés sensitives dans les organes extérieurs ou de la vie relative et animale. Des complexions, plus lentes à s'émouvoir, n'entreront que tard dans leur paroxysme, ou de neuf heures à midi; enfin les tempéramens les plus *languides*, éprouvant des fièvres du type quarte, n'éprouveront que dans l'après-midi l'invasion fébrile.

Une autre preuve de ces causes de périodicité se tire des saisons auxquelles ont coutume de sévir ces diverses fièvres intermittentes; car les vernales reçoivent de l'ardeur du printemps, surtout le type quotidien ou le tierce, tandis que la languisssante automne imprime généralement le type lent des quartes, qui dure souvent tout l'hiver, et ne s'arrête qu'au retour du printemps suivant, par la rupture de cette tardive période.

D'ailleurs, la durée des individus étant relative à leurs périodes d'accroissement, de puberté et de décroissement, elle a des bornes naturelles en chaque espèce, comme nous l'avons exposé en traitant de la *longévité;* de même nos maladies ont une sorte de vie propre, en rapport avec l'étendue de notre durée : elles ont leur naissance, leur accroissement et leur déclin, temps proportionnés avec l'âge et la complexion de l'individu qui les éprouve : *Qualis est animalibus ætatum differentia, talia morbis sunt ea quæ nominantur tempora* (Galenus, *De morborum temporib.*, *lib.*, cap. 1).

Ainsi, la même circulation qui produit les années, les saisons et les jours, émeut pareillement nos fonctions, détermine les actes naturels de notre machine. On dirait que le soleil verse, chaque jour, sur la terre une égale quantité de vie avec sa lumière; mais chaque individu participe plus ou moins à cette faculté, selon la nature de sa complexion. Le cours de cet astre est cette chaîne d'or à laquelle, selon Homère, le grand Jupiter suspend le monde, les dieux et les hommes.

Ce n'est donc ni le foyer des fièvres, car elles n'ont pas un seul foyer circonscrit, ni l'exaltation et la subtilité des humeurs, ni l'action lunaire de Galien, ni l'époque et l'habitude des heures de repas, selon Stahl, ni les nombres harmoniques de Pythagore, ni la vapeur oxygénée d'Ackermann, etc., qui expliquent la périodicité des maladies et de nos mouvemens organiques. Elle consiste uniquement dans l'effet de l'accumulation de certaines causes morbides, ou de fluides sécrétés, qui déterminent une détente, une décharge, un accès

ou paroxysme à certaines époques plus ou moins rapprochées, et plus ou moins réglées; de même le rhythme et les retours des sons soulage ou soutient les forces dans toutes les opérations un peu prolongées, parce qu'il établit des intermissions ou repos périodiques, qui donnent du répit à nos facultés, et le temps de réparer leurs forces. C'est ainsi que les retours quotidiens du jour et de la nuit, ou de la veille et du sommeil continuent notre existence, et renouvellent successivement le jeu de toutes nos fonctions. (VIREY)

PÉRIODIQUES (maladies), *morbi periodici.* On appelle ainsi toutes les maladies de quelque nature qu'elles soient, avec fièvre ou sans fièvre, qui reviennent à des époques fixes et constantes, et dont les symptômes, dans l'intervalle qui sépare les retours, sont sinon entièrement dissipés, du moins tellement masqués, que le malade est ou paraît être dans un état de santé parfaite.

Division des maladies périodiques. Cette classe d'affections est immense; mais les maladies qu'elle renferme, quoique se rapprochant toutes sous le rapport du type périodique qui leur est commun, se présentent quelquefois sous des formes tellement différentes, qu'il est indispensable d'établir entre elles quelques distinctions plutôt peut-être théoriques que pratiques, puisque nous verrons que le traitement est assez généralement le même dans le plus grand nombre de cas, mais nécessaires pour faciliter l'étude de ces maladies, et pouvoir apprécier le caractère et le mode de chacune d'elles en particulier.

Presque tous les auteurs anciens qui se sont occupés des maladies périodiques, les ont considérées comme de véritables fièvres d'accès, tandis que ces dernières ne forment qu'un genre dans la grande classe des premières.

Pour se convaincre de ce que j'avance, il suffit de parcourir les écrits des médecins les plus connus. Morton, qui, le premier, a traité de ces maladies, qui, le premier, connut leur véritable mode de traitement, n'hésite pas à les regarder, d'après leurs phénomènes, comme de véritables fièvres d'accès cachées. Il dit (*Opera*, pag. 236) qu'on voit paraître périodiquement des symptômes nombreux sous lesquels les signes distinctifs des fièvres d'accès semblent être cachés, de sorte que le médecin n'est pas en état de découvrir la fièvre d'accès masquée, quelque attention qu'il donne au pouls et autres signes. Sydenham (*Opera medica*, pag. 191) et Van Swieten partagent la même opinion. Ce dernier auteur, après avoir très-longuement discuté dans son Traité des fièvres d'accès, sur les récidives périodiques, et cherché à prouver qu'elles dépendent du fluide nerveux, appelle les maladies périodiques à son appui, et s'exprime ainsi : *Sed si quædam*

sint febres quæ febrem intermittentem mentiantur, ita et ipsa alios mentiri solet affectus; est ubi in quadam parte latere aut colligi potest ejus vis, ita ut pars sola, aut maximè videatur ægra: deindè vero peculiaria sibi adsciscere potest symptomata, in quibus tota morbi vis posita videatur: alios denique potest æmulari morbos qui suo more incedant, nihilque præ se ferant quod intermittentium febrium indolem aut speciem referrat (*De reconditâ febre nat.*, pag. 66). Ce qui a sans doute induit Van Swieten en erreur, c'est qu'il considère la plupart des maladies périodiques comme des fièvres locales, et qu'une fièvre générale, devenant quelquefois locale, peut donner lieu à une maladie périodique; mais l'expérience a démontré qu'il est une multitude d'affections périodiques sans fièvre: sans doute, dans certains cas, une fièvre ou symptôme d'irritation locale peut se joindre à la maladie périodique; mais ce n'est plus alors qu'une complication, et l'on n'en peut point conclure que celle-ci soit une fièvre d'accès cachée. Stork (*Annus medicus*, pag. 74), Huxham, Sénac confondent aussi les maladies périodiques avec les fièvres d'accès. Ce dernier les place dans son premier ordre systématique, et les regarde comme autant d'espèces particulières de fièvre d'accès.

Lautter, qui les a si bien étudiées, si bien décrites dans son *Historia medica biennalis*; de Haën, qui, le premier, a donné l'idée de diviser ces maladies en celles qui sont avec fièvre, et celles qui sont sans fièvres, sont aussi du même avis que les précédens auteurs.

La seule chose qui demeure démontrée par cette unanimité de sentimens des plus judicieux observateurs sur les maladies périodiques, c'est le rapport frappant de ces maladies avec les fièvres intermittentes, dont il serait impossible d'avoir une preuve plus convaincante, puisqu'elle est basée non-seulement sur l'observation constante des phénomènes, mais encore sur l'identité des indications curatives.

Ce serait donc vainement que l'on chercherait, dans ces divers auteurs, une bonne division des maladies périodiques: on ne trouverait à cet égard, dans leurs écrits, que confusion; mais les faits y sont, en revanche, si bien tracés, qu'il suffit de les choisir et de les classer avec méthode pour faire disparaître toute obscurité.

C'est à Casimir Médicus que l'on doit d'avoir le premier envisagé d'une manière spéciale ce genre d'affections, et d'avoir mis de l'ordre dans leur étude en établissant une division judicieuse, et portant, non sur la nature même de ces maladies, qui paraît être la même, mais sur leur physionomie particulière. L'existence ou l'absence de la fièvre sont la base de sa division des maladies périodiques, lesquelles se composent,

suivant lui, d'un certain nombre de symptômes différens, qui, réunis, s'accordent en ce qu'ils paraissent sans fièvre et à des périodes régulières et déterminées; de sorte que l'absence de la fièvre et l'accès périodique sont le caractère essentiel de toutes les maladies qui appartiennent à ce genre, et qu'il désigne sous le nom de maladies périodiques proprement dites. Il appelle fièvres périodiques toutes les affections dans lesquelles la fièvre est le symptôme prédominant. Telles sont la plupart des fièvres intermittentes dont les accès ont lieu à des époques fixes, et qui ne peuvent être rapportées à aucune autre classe de maladies qu'à celle des périodiques, la fièvre n'étant qu'un symptôme de plus, qui n'ôte rien à la périodicité.

Il ne serait pas difficile d'élever des objections contre cette division; elle s'y prête autant et plus peut-être que la plupart de celles que l'on établit en médecine. Cette distinction des fièvres d'accès et des maladies périodiques est, a-t-on dit, fondée sur ce que, dans les premières, le symptôme pyrectique en est inséparable, tandis que, dans les secondes, il n'est qu'un phénomène accessoire; mais, quelle que soit la variété des symptômes, le caractère essentiel n'en reste pas moins le même. On a prétendu que cette division était bien loin d'être, comme tant d'autres, purement scolastique, qu'au contraire elle est toute dans la nature qui sépare, d'une manière si distincte, ces deux ordres de maladies périodiques: car il arrive souvent qu'elles se remplacent réciproquement; qu'en outre, si les fièvres d'accès succèdent fréquemment aux simples affections périodiques, il arrive plus souvent encore que ces dernières succèdent aux fièvres d'accès mal traitées et mal guéries. Ceci est juste et vrai, et l'on peut considérer cette dernière circonstance comme une des causes les plus fréquentes des maladies périodiques; mais, bien loin d'établir une limite entre ces deux espèces d'affections, cette succession réciproque des unes aux autres ne fait qu'en faire ressortir, d'une manière plus évidente, la ressemblance parfaite; ce qui en établit bien mieux encore la véritable nature, c'est l'emploi des moyens de traitement, comme nous aurons occasion de le prouver par la suite. Quoi qu'il en soit, cette division ne laisse pas que d'offrir plusieurs avantages, en ce qu'elle permet d'embrasser d'un coup d'œil les principales variétés de cette classe.

Tout en établissant cette distinction entre les fièvres intermittentes régulières et les maladies périodiques sans fièvre, Medicus en voyait bien la ressemblance frappante: aussi a-t-il établi de la manière la plus exacte tous leurs points de contact. Le caractère périodique, dit-il, est le signe principal et

essentiel auquel on peut les reconnaître et les distinguer de toutes les autres affections. Ce signe distinctif a été, il est vrai, spécialement affecté aux fièvres d'accès dont on ne peut concevoir la régularité de la marche, et que l'on doit regarder comme une énigme à jamais impénétrable à l'esprit humain. Cependant les maladies périodiques ne sont pas moins distinctes de ces affections, en ce qu'elles récidivent sans fièvre, ou avec un mouvement fébrile si obscur, qu'il échappe aux yeux les plus exercés. Quelque différence pourtant qu'il y ait entre les fièvres d'accès et les maladies périodiques, on doit présumer qu'elles sont de la même nature, ou du moins qu'elles ont la plus grande affinité, et l'expérience démontre qu'elles reconnaissent à peu près la même cause, et se guérissent par les mêmes moyens. Les raisons sur lesquelles cet auteur se fonde pour établir ces affinités sont au nombre de cinq : 1°. l'identité des symptômes qui constituent les maladies périodiques, et qui peuvent en même temps signaler les fièvres, et leur ont fait donner le nom de pernicieuses ou de mauvais caractère, ainsi que l'ont fait Mercatus, Morton, Torti, Averlof; 2°. les symptômes périodiques peuvent succéder à des fièvres d'accès, *et vice versâ*, tel est le cas cité par Hoffmann d'une fièvre succédant régulièrement à un sommeil périodique, et celui de Medicus sur une insomnie périodique après une fièvre régulière. Ce serait une erreur pourtant de considérer comme de véritables maladies périodiques les symptômes multipliés qui succèdent aux fièvres d'accès avec plus ou moins de régularité, et qui n'ont que l'apparence de la périodicité; 3°. les intervalles ou intermittences fixes que présentent ces deux ordres de maladies. Cette circonstance n'ayant lieu que dans les fièvres d'accès et les maladies périodiques, est une preuve évidente qu'elles sont de la même nature; car, comme il ne peut y avoir qu'une seule cause principale qui donne lieu à ces points de repos, il est naturel de penser que les effets qu'elle produit sont aussi d'une nature analogue, et que la seule différence ne consiste que dans la forme sous laquelle ces maladies se laissent apercevoir les unes et les autres. Il est donc juste de les rapporter à une classe principale, et de n'en faire que deux genres; 4°. les urines que rendent les malades dans les deux cas, et qui déposent un sédiment briqueté; 5°. enfin le traitement qui est le même dans les deux espèces d'affections, et que Medicus n'a point suffisamment approfondi. Telles sont les raisons principales qui établissent et démontrent que les fièvres périodiques, surtout celles qui sont accompagnées de symptômes nerveux, tiennent de fort près aux intermittentes ataxiques essentiellement, et que ces dernières n'en diffèrent

peut-être que par leur marche plus rapide et par le danger plus imminent qu'elles entraînent.

Il n'est pas douteux que ces idées précieuses de Medicus, en établissant l'analogie qui existe entre ces diverses maladies sous le rapport de leur nature, de leurs causes et de leur traitement, n'aient rendu de très-grands services à la médecine pratique, et qu'elles n'aient influé d'une manière très-remarquable sur la connaissance du véritable mode de traitement; mais peut-être doit-on convenir qu'on a outré leur application, et qu'il conviendrait de la restreindre, en distinguant les maladies où la périodicité domine par elle-même, comme dans les fièvres intermittentes, de celles où cette périodicité n'existe que subordonnée à d'autres affections plus essentielles et plus dominantes. Cette opinion est celle du professeur Dumas; car, dit-il, les migraines, les convulsions, les épilepsies, les affections rhumatismales, goutteuses qui reviennent à des époques périodiques, sont loin d'être pour cela du même ordre et de même nature que les fièvres intermittentes.

La division des maladies périodiques en celles qui ont lieu sans phénomène sympathique apparent, ou sans fièvre, et en celles qui sont accompagnées de phénomènes sympathiques plus ou moins sensibles, se rapproche beaucoup de celle de de Haën qui les distingue en celles dans lesquelles la tête seule est prise, le reste du corps étant libre de toute incommodité ou symptômes morbifiques, et en celles dans lesquelles, outre le mal de tête, il se manifeste encore quelques mouvemens fébriles, comme l'accélération du pouls, une lassitude, une douleur profonde spasmodique dans les hypocondres.

Medicus n'admet point cette division par la raison que les maladies périodiques accompagnées de symptômes fébriles sont très-rares, et que les cas peu nombreux que l'on peut en observer, ne sont qu'une exception à la règle générale; puisque le vrai caractère de ces maladies est, suivant cet auteur, d'être sans mouvement fébrile; que si l'on admettait l'ordre de de Haën, ce serait nécesairement jeter de la confusion dans la théorie des maladies périodiques, parce que ce serait tirer des phénomènes qui arrivent rarement, les dénominations principales, et regarder les maladies comme de vraies fièvres d'accès déguisées; qu'au reste, si l'on voulait regarder les maladies périodiques accompagnées de mouvemens fébriles, comme autant de cas particuliers, il serait plus convenable d'en faire une troisième classe qui tiendrait le milieu entre les vraies maladies périodiques et les fièvres d'accès, en ce qu'elles participent des unes et des autres.

Il est donc naturel de rejeter cette classe intermédiaire, car toute accélération du pouls ou autre changement de peu de

durée, ne constitue pas la fièvre, et ce phénomène arrive dans la plupart des maladies périodiques. On doit, en second lieu, se refuser à admettre cette troisième espèce, parce qu'elle appartient nécessairement à l'une des deux premières, soit aux vraies maladies périodiques, soit aux fièvres d'accès; mais c'est surtout aux premières qu'elle se rattache. En effet, le symptôme pyrectique, quand il a lieu, n'est que l'effet du trouble général que détermine dans l'économie l'approche du retour de la maladie; il n'est que l'un des nombreux phénomènes qui se développent alors, et n'établit point le caractère de la maladie, comme pour les fièvres d'accès dans lesquelles la fièvre, quoique n'étant certainement que l'effet d'un principe d'irritation fixé quelque part, un état particulier produit par l'altération des forces vitales, n'en est pas moins le symptôme dominant, le seul sensible, et sur lequel la périodicité semble porter essentiellement et uniquement.

On peut encore diviser les maladies périodiques en aiguës et en chroniques. Dans la première division se placent presque toutes les fièvres d'accès ou autres d'une nature différente, dont la marche est plus ou moins rapide, les retours fréquens et qui récidivent avec redoublement. Dans la seconde se rangent toutes les affections périodiques dont les retours sont séparés par des intervalles beaucoup plus longs, qui sont sans fièvre, ou dans lesquelles ce symptôme n'est point essentiel, telles que la goutte, le rhumatisme, l'épilepsie, etc., lors toutefois qu'ils sont réguliers; les premières ont une marche vraiment aiguë; on peut, comme dans toute autre affection, en prévoir l'issue à une époque plus ou moins rapprochée; elles peuvent même devenir funestes très-promptement, après un petit nombre d'accès, comme on en pourrait citer des exemples. Les secondes au contraire ont le caractère essentiellement chronique, leur terminaison ne peut être prévue, souvent on est forcé de les considérer comme incurables.

Une chose bien importante, c'est de ne pas confondre les maladies périodiques avec les intermittentes; car celles-ci n'ont pas toutes le type périodique; il en est d'irrégulières et dont les accès sont séparés par des intervalles qui n'ont rien de déterminé, comme cela a lieu dans quelques fièvres erratiques et dans certaines affections nerveuses, telles que l'hystérie, etc. Cette circonstance avait engagé les médecins à distinguer deux espèces de maladies périodiques, les unes régulières ou à retour fixe, les autres irrégulières. Mais ces dernières ne sauraient exister, parce que dès lors qu'il y a irrégularité dans l'apparition des phénomènes, toute idée de périodicité disparaît nécessairement. Cette remarque est d'autant plus essentielle qu'elle apporte de grandes modifications dans le traitement.

De la marche des maladies périodiques. C'est encore l'un des points les plus obscurs de la pathologie générale, elle s'enveloppe de ténèbres profondes, et l'œil du médecin le plus exercé ne saurait la reconnaître; du reste elle varie comme les maladies périodiques elles-mêmes que l'on ne peut juger que d'après leurs effets et phénomènes sensibles. Une circonstance par laquelle les maladies périodiques diffèrent essentiellement des intermittentes irrégulières, c'est que, dans ces dernières presque toujours, lors toutefois que l'affection ne se régularise pas comme cela arrive assez fréquemment, les accès finissent par se rapprocher de telle sorte que les intervalles disparaissent à la longue, et que la maladie devient continue, comme on le voit dans certaines gouttes, épilepsies ou autres affections nerveuses et irrégulières.

Dans un grand nombre d'affections périodiques, les intervalles qui séparent les accès sont inégaux, mais les retours ont lieu constamment à des époques fixes et qui se correspondent rigoureusement. Cette loi générale, en réglant l'ordre et la succession des accès, établit le premier caractère de ces maladies par son importance et son uniformité; mais dans les maladies irrégulières les attaques coïncident toujours avec les révolutions générales, que le changement des saisons, les variations de la température, les écarts du régime, les passions de l'ame excitent dans tout le système. Dans le plus grand nombre des cas, les symptômes qui remplissent les accès réguliers des maladies chroniques sont constans et uniformes, tandis qu'il existe au contraire beaucoup de différence et d'inégalité parmi ceux que présentent les accès irréguliers de ces maladies.

Un très-grand nombre de maladies aiguës ou chroniques peuvent être soumises à la périodicité; mais il y a de grandes différences dans les phénomènes subséquens ou concomitans. Dans les premières, une fois l'accès terminé, il ne reste plus, au moins dans le plus grand nombre des cas, de marques apparentes de son existence; dans les secondes, au contraire, il laisse bien souvent des traces sensibles de son passage, ce qui tient évidemment à l'altération de quelques organes produite par une affection dont la durée date d'une époque plus ou moins reculée. Le professeur Dumas a très-bien développé cette théorie dans son Traité des maladies chroniques. Ces maladies, dit-il, produisent communément les phénomènes d'une simple affection nerveuse à chaque accès; mais l'état nerveux alors est sujet à se joindre à beaucoup d'autres affections secondaires qui sont les élémens plus ou moins compliqués de leurs attaques. Cette réunion est caractérisée par des séries distinctes de phénomènes qui sont relatives aux différentes affections élémentaires, et c'est ce qui distingue les espèces de migraines, d'épilepsies,

de gouttes périodiques, dont les symptômes peuvent être divisés en plusieurs groupes qui répondent à des spasmes nerveux, à des fluxions diverses, à des inflammations, des lésions organiques. Ces diverses affections, suivant qu'elles dominent plus ou moins, établissent par leur renouvellement périodique la nature et le caractère essentiel de la maladie.

Il y a des maladies périodiques dont les élémens sont en partie maintenus, en partie supprimés dans l'intervalle des attaques. L'hypocondriacie, l'hystéricie, l'épilepsie, la manie laissent communément subsister entre les attaques tous les symptômes propres à leurs affections constitutives qui ne dépendent, ni du spasme convulsif, ni du mouvement fluxionnaire, comme la pléthore, l'engorgement des viscères; dans les espèces de maladies où ces élémens se rencontrent, les accès ne font que ramener le spasme ou la fluxion qui augmente la force et l'intensité des autres affections élémentaires. L'état rhumatismal et goutteux spécifique, la faiblesse relative des aponévroses, des muscles, des ligamens articulaires, existent pendant les intervalles qui séparent les accès de rhumatisme et de goutte; mais la fluxion, la douleur, l'inflammation, la fièvre ne s'y montrent point. Ces affections reparaissent dans chacune des attaques, leur degré de force et d'influence respective en déterminent la marche et le caractère.

Les attaques des maladies périodiques n'ont point lieu ordinairement d'une manière subite et sans symptômes précurseurs, le plus souvent les signes relatifs à la nature et aux principes de chaque affection décèlent leur retour. C'est ainsi que le désordre des idées, l'absence du sommeil, l'exaltation de la sensibilité, font présager le retour de la manie; le dégoût, les vents, le malaise du corps, l'engourdissement des extrémités, celui de la goutte. Les inspirations du malade éclairent aussi. Souvent il pressent le moment où l'accès va le prendre, même pour des affections que l'on croyait ne plus devoir reparaître.

Les maladies périodiques peuvent être sporadiques, endémiques, ou épidémiques; les premières, qui sont très-nombreuses, appartiennent essentiellement à la classe des maladies périodiques sans fièvre, tandis que les secondes dépendent des fièvres intermittentes ou périodiques, et ne sauraient en être isolées. *Voyez* FIÈVRES INTERMITTENTES.

Des causes des maladies périodiques. Loin de moi la pensée de vouloir renouveler ici toutes les opinions hypothétiques émises à ce sujet, et qui ne peuvent offrir d'autre résultat que d'embarrasser la mémoire sans fournir la moindre notion sur ce que l'on voudrait savoir; de rechercher si la cause est matérielle, si c'est un dérangement de fonctions, un principe circulant dans l'économie, toujours existant, et qui se porte sur

la partie à une époque fixe, si c'est un fluide tel que le sang, la bile, ou bien le système nerveux, une espèce de fermentation, l'altération du principe sensitif, etc. Ce serait perdre son temps que de s'appesantir sur la recherche d'un phénomène bien connu, mais inexplicable. Tel est à cet égard l'état de la science que l'on ne peut qu'établir des questions sans qu'il soit possible de les résoudre d'une manière qui satisfasse les esprits sévères.

Parmi les questions auxquelles ce phénomène pourrait donner lieu, une des plus remarquables serait de savoir comment il se fait que, quelle que soit la cause de l'affection périodique, cette cause puisse rester si longtemps cachée sans donner aucune marque de son existence; il faut nécessairement supposer la présence d'une cause déterminante qui n'agit qu'à l'époque marquée pour les retours, en forçant la cause cachée, de quelque nature qu'elle puisse être, à donner lieu aux phénomènes de la périodicité. Cette cause déterminante ne peut venir que d'une impression extérieure, telle serait l'influence atmosphérique: tout le monde sait qu'il se fait aux diverses époques des saisons, des mois et même des jours, des changemens dans l'atmosphère, qui, le plus ordinairement, ne sont point sensibles à l'homme bien portant, mais qui opèrent sur l'homme malade une influence souvent funeste, et l'expérience a démontré que c'était à ces mêmes époques de variations que correspondaient les retours des maladies périodiques, observation sur laquelle on avait fondé le mode le plus judicieux de traitement, et qui consiste à détruire le funeste effet de cette impression par un changement de climat. Telles sont les fièvres intermittentes qui, dans le courant de chaque automne, attaquent régulièrement et périodiquement un grand nombre des habitans de la Bresse, pays marécageux, contre lesquelles les meilleurs traitemens échouent bien souvent, et qui cèdent avec facilité à un déplacement qui place les malades sous l'influence d'un climat plus sain; telles sont certaines épilepsies qui reviennent constamment à chaque époque de la pleine lune, comme il en existe dans ce moment un exemple à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce. Combien il serait facile de multiplier les citations à ce sujet, et si nous ne pouvons saisir que les exemples frappans et qui ne doivent laisser aucune incertitude, ne sommes-nous pas conduits par l'analogie à avancer que dans la presque totalité des cas les choses ont lieu de cette manière?

Une autre cause de maladies périodiques à laquelle on doit attacher une très-grande importance, c'est l'habitude; mais ce n'est qu'une cause prédisposante. J'ai déjà eu occasion de développer cette influence de l'habitude sur l'économie, soit dans

l'état de maladie, soit dans l'état de santé, dans l'article *machinal*. En effet, il suffit que nos organes aient été affectés d'une maladie à une certaine époque pour qu'ils aient de la tendance à l'être de nouveau à la même époque. Si cette tendance d'abord faible n'est pas suffisamment combattue, elle se fortifie de plus en plus par un plus grand nombre de récidives, et prend tous les caractères de la périodicité; les maladies qui se trouvent dans ce cas doivent être regardées comme essentiellement périodiques.

Dumas reconnaît bien l'influence de l'habitude, lorsqu'il dit que, combinées avec les causes de la prédisposition aux maladies, elle peut avoir assez de forces pour les rappeler; mais il paraît vouloir établir une distinction entre les maladies que l'habitude a régularisées, et les vraies maladies périodiques. L'habitude, dit-il, qui entretient et qui perpétue certaines affections, soit qu'elle en prolonge l'existence, soit qu'elle en force le retour, est un principe analogue à la périodicité. Elle a les mêmes effets, elle exerce la même action sur les maladies : c'est ainsi que l'on voit des douleurs anciennes devenues périodiques par l'effet de l'habitude, résister souvent aux doses et aux préparations les plus énergiques d'opium, et céder à des quantités inférieures de ce médicament, si on le combinait avec le quinquina dont l'efficacité générale contre les maladies périodiques est reconnue. On voit donc que le traitement est le même, que ces diverses affections doivent être confondues, et que l'habitude ne doit être considérée que comme une cause puissante de périodicité.

Longtemps on a pensé que c'était exclusivement de la correspondance de l'estomac et des intestins avec les autres parties du corps, que dérivaient toutes les maladies périodiques; en effet, les liaisons sympathiques du tube intestinal avec tout le reste de l'économie sont telles qu'il n'est peut-être pas d'affection pendant laquelle il n'éprouve un trouble plus ou moins considérable; les phénomènes dont il est le siége pendant les accès des maladies périodiques étaient bien dans le cas d'en imposer. Tout le monde connaît la connexion intime qui existe entre la tête et l'estomac : aussi les migraines sont-elles presque toujours accompagnées de nausées et de vomissemens. Cette observation a même donné l'idée du véritable traitement dans quelques-unes de ses affections, que l'on fait disparaître presque instantanément par l'administration d'un vomitif; mais n'a-t-on pas pris l'effet pour la cause, l'état saburral de l'estomac n'est-il pas la conséquence de l'affection périodique plutôt que la cause déterminante? c'est ce qu'il est difficile de prouver; mais ce qu'il y a de bien démontré, c'est que c'est le plus ordinairement sur lui et même sur toute la longueur du tube intestinal que l'on dirige l'action des remèdes pour obtenir des

résultats satisfaisans, j'en parlerai d'une manière plus détaillée quand je m'occuperai du traitement.

Diagnostic des maladies périodiques. Il n'est pas aussi aisé qu'on le pense d'établir dans tous les cas le diagnostic de ces affections, souvent leur caractère échappe à la perspicacité du praticien. Si elles se présentaient toujours dans leur plus grand état de simplicité, il ne serait pas difficile de les reconnaître promptement; mais le plus souvent elles sont environnées d'une telle variété de symptômes qu'il est très-facile de s'en laisser imposer et de les méconnaître. C'est là ce qui arrive dans la plupart des épidémies, dont les phénomènes se confondent avec ceux des maladies périodiques, de manière à donner à ces dernières la physionomie des fièvres intermittentes, et qui leur ajoutent en outre un très-grand degré de gravité surtout lorsque ces épidémies se trouvent d'un très-mauvais caractère.

Il est d'autant plus important de bien préciser les signes distinctifs des maladies périodiques, qu'il en est dont la marche est tellement rapide, qu'elles emportent le malade en fort peu de temps, si le médecin, les méconnaissant, ne peut se mettre en mesure de les empêcher de récidiver. L'ignorance des signes peut encore le mettre dans le cas de traiter comme affection essentielle, un simple symptôme plus ou moins apparent, *et vice versâ*, méprise qui ne peut jamais avoir lieu sans inconvénient.

La plupart des médecins ont regardé comme un signe des maladies périodiques l'accès lui-même. Lorsqu'un individu se trouve attaqué d'une affection quelconque survenue presque subitement, et qui a disparu de même sans laisser pour ainsi dire aucune trace de sa présence, on doit s'attendre à la voir récidiver, par la raison seule qu'il est impossible qu'on soit tout à coup très-malade, et peu de temps après parfaitement guéri; mais s'il peut arriver par la suite que la périodicité s'établisse, il n'est pas moins évident qu'il n'y en a point encore, et que la récidive, si elle a lieu, ne doit être considérée que comme une rechute qui n'a rien de périodique, et ce n'est qu'après l'apparition de plusieurs attaques fixes et régulières, que l'on pourra décider qu'elle a pris ce caractère. L'état ou le type périodique des maladies régnantes sont des indices plus ou moins manifestes qui peuvent et qui doivent diriger le praticien. Il faut surtout avoir égard à la nature des épidémies régnantes, parce que, comme je l'ai indiqué, et comme l'a observé Médicus, les maladies périodiques ne sont jamais plus dangereuses ni plus funestes que dans ces circonstances; mais de tous les symptômes du caractère périodique des maladies, le plus général, celui auquel les médecins ont

attaché la plus grande importance, c'est la présence du sédiment briqueté dans les urines. Morton regarde ce signe comme distinctif pour les maladies périodiques, il l'a vu dans toutes, et c'est essentiellement sur lui qu'il base l'affinité des fièvres d'accès et des maladies périodiques. Il a remarqué que dans les migraines périodiques, l'urine très-colorée déposait un sédiment briqueté; il a observé la même chose dans les apoplexies périodiques, dans les coliques, les points de côté périodiques, enfin dans tous les autres cas de même nature. La même observation se trouve confirmée par De Haën, Sydenham, Huxham, Senac, Lautter; mais les trois derniers observent néanmoins que ce signe est quelquefois fautif, et qu'il n'a pas fait rigoureusement partie de toutes les maladies périodiques.

Médicus a observé la même chose. Quoique, dit-il, l'existence de ces urines puisse faire croire avec assez de certitude à la présence d'une maladie périodique, il faudrait bien se garder de croire que celle-ci n'existe pas, par la seule raison que ces urines rouges avec le sédiment briqueté n'y paraissent; car ce signe peut aussi manquer en pareil cas.

Cette remarque est d'autant plus juste, que ces urines se rencontrent presque toujours dans les maladies dites improprement périodiques irrégulières, de sorte qu'on doit plutôt les regarder comme le signe caractéristique des intermittentes en général que des vraies périodiques.

Il existe, outre ces signes principaux, une multitude d'autres signes particuliers qui n'ont pas autant d'importance, mais qui, par leur réunion, concourent à donner plus de certitude au diagnostic.

Du pronostic des maladies périodiques. Il varie à l'infini et suivant une foule de circonstances. Quoique le type périodique n'ajoute pas beaucoup de gravité à la maladie, et que souvent même alors elle éprouve une légère diminution, cependant il en est dont la marche est tellement aiguë, et qui sont d'un si mauvais caractère, qu'elles peuvent être suivies d'une terminaison funeste après quelques accès. Les complications peuvent encore le rendre très-fâcheux: telle est celle déjà rapportée des maladies épidémiques, dont les phénomènes se confondent avec ceux des maladies périodiques, de manière à les faire méconnaître; l'observation a prouvé qu'elles étaient alors extrêmement graves. Ainsi on peut conclure avec assez de certitude que le danger des maladies périodiques ne se tire pas de la périodicité même, mais bien des symptômes qui peuvent la compliquer.

On a agité la question de savoir s'il était des maladies qui ne fussent jamais soumises au type périodique, ou, du moins

fort rarement, et quelles elles étaient. M. Pinel prétend que les inflammations sont presque toujours continues, ne deviennent périodiques que dans des cas fort rares, et qu'elles sont plutôt alors secondaires que primitives. On ne serait point embarrassé de donner des exemples d'inflammations périodiques; mais il est probable, suivant l'opinion de M. Pinel, qu'elles ne sont que le symptôme sensible d'autres affections cachées, mais toujours existantes, et qu'elles ne se renouvellent à de certaines époques fixes que par l'effet de l'action d'une cause déterminante quelconque sur des parties disposées à en recevoir l'influence. Au reste, il sera plus simple de résoudre cette question en établissant quelques histoires de maladies périodiques.

Il est peu de médecins qui n'aient eu l'occasion d'observer des inflammations périodiques sur les diverses parties du corps. Van Swieten (*Comment. aphor.*, Boërhaave, t. II, p. 354) a observé chez un homme une ophthalmie des plus violentes et qui revenait à des époques fixes: il se développait d'abord une légère douleur, puis l'œil devenait rouge, s'avançait hors de sa cavité, et il coulait une grande quantité de larmes. Cet état durait quelques heures avec tant d'intensité, que cet homme en était furieux. Dès que la douleur avait cessé, tout disparaissait sans que l'œil offrît la moindre trace de cette affection.

Romel (déc. III, ann. II, page 330) parle d'une jeune fille qui, chaque année, au printemps, était attaquée d'une inflammation vive tantôt à un œil, tantôt à l'autre. Cette inflammation n'attaquait jamais qu'un œil, mais passait rapidement à l'autre et revenait ensuite au premier. Cet état durait chaque fois quatre semaines. Je connais un jeune homme qui fait le sujet d'une observation absolument semblable, à l'exception que la durée de l'ophthalmie, dont les retours sont constans et réguliers, varie quelquefois. Morton et Sénac citent des exemples analogues.

Vandermonde, dans son Recueil périodique, t. VI, p. 196, cite le cas d'un coryza périodique qui récidivait tous les jours dans un jeune homme de trente ans: il commençait de grand matin et durait jusqu'à midi; à cette époque la tête se prenait, ensuite les yeux, le nez, les sinus frontaux, et il s'échappait une matière abondante, claire et très-acrimonieuse; le reste du jour et la nuit cet homme était fort tranquille et libre de son coryza. On a observé plusieurs fois des blennorrhagies périodiques; car c'est essentiellement sur les membranes muqueuses que l'on a remarqué ce genre d'inflammation.

Tous les médecins savent que les inflammations érysipélateuses affectent souvent le type périodique, et qu'on doit les

surveiller avec le plus grand soin à l'époque de leur retour. Enfin, une observation exacte a démontré que nombre d'inflammations internes peuvent devenir périodiques, et que si les exemples n'en sont pas aussi multipliés que pour les précédentes, c'est que leurs phénomènes sont moins sensibles. Il ne serait donc pas possible d'élever le moindre doute sur la susceptibilité des maladies inflammatoires à devenir périodiques.

Mais de toutes les affections soumises à la périodicité, il n'en est aucune qui en offre des exemples aussi multipliés que celles comprises dans la classe des maladies dites nerveuses, par la raison que la cause première en est entièrement ignorée.

L'épilepsie est peut-être, de toutes, celle qu'on doit mettre au premier rang; les accès peuvent avoir lieu toutes les heures, tous les jours, tous les mois, etc. Les auteurs sont remplis d'observations de cette nature: Tulpius, Martin, Ruland, Marcellus Donatus en citent un grand nombre. Barbette a vu une dame qui, pendant un an entier, fut sujette à des accès d'épilepsie qui commençaient régulièrement à sept heures du matin, et finissaient à huit heures du soir; toute la nuit était bonne. Hagedorn cite un cas tout contraire, c'est celui d'une femme qui, bien portante pendant le jour, se trouvait prise, tous les soirs en s'endormant, de mouvemens épileptiques qui duraient jusqu'à ce qu'elle s'éveillât; Blakmore l'a vue survenir tous les deux jours à une heure fixe et durer quatre heures; Lanzoni tous les trois jours chez un homme de haut rang; Prætorius l'a vue revenir toutes les semaines à l'heure du souper, chez une dame qui en était affectée depuis vingt ans; Houlier, tous les mois à un ecclésiastique; Schaarschmidt tous les deux mois dans un homme qui n'en était pris que lorsqu'il entendait la musique, qui devenait alors une cause déterminante impérieuse; Hoffmann l'a vue récidiver tous les trois mois chez un enfant à la suite d'une peur; Westphal, Van Swiéten, Lieutaud, tous les six mois et tous les ans.

Peut-être devrait-on rapporter aux épilepsies périodiques celles qui ont lieu à certaines époques particulières? telle est celle observée par Gerbetzen, dans une femme qui avait eu beaucoup d'enfans, et qui se trouvait très-bien pendant sa grossesse, mais qui hors ce temps était sujette à l'épilepsie; telle est encore celle observée par Lanzoni sur son épouse, qui ne devenait épileptique qu'à l'époque de chaque grossesse.

Il est bon de remarquer aussi, comme l'a fait Médicus, d'après plusieurs auteurs, que l'épilepsie devient quelquefois épidémique, et que les attaques simulent, dans quelques cas, les accès des fièvres intermittentes.

L'apoplexie peut-elle être périodique? Un assez grand nom-

bre d'observations tend à le prouver; cependant on ne doit pas regarder comme tels la plupart des exemples cités par Médicus. Cet auteur a souvent confondu avec la périodicité de simples rechutes auxquelles cette affection est très-sujette.

Il existe cependant des cas concluans; tel est celui rapporté par Jean Rhodius, d'un Italien qui était attaqué d'apoplexie trois fois par an et à époques fixes, et celui d'Archibald Petcarinus, qui a vu l'apoplexie se renouveler deux fois par an en mars et en septembre sur un homme de trente ans. Cet état durait depuis neuf ans. Le malade était frappé subitement, tombait à terre sans mouvement et sans sentiment; mais il revenait promptement à lui, et, après une mutité de quelques minutes et un tremblement au bras droit, il était rétabli.

L'hystérie et la mélancolie sont fréquemment périodiques; il est d'observation que les mélancoliques éprouvent un accroissement à leur état à certaines époques de l'année qui sont constamment les mêmes.

Il existe des exemples de nymphomanie et d'érotomanie périodiques. On lit dans Gaspar Westphal l'histoire d'un jeune homme qui, tous les jours, depuis cinq heures du matin jusqu'après midi, était possédé d'une violente passion amoureuse. Van Grado parle d'une femme qui, après avoir vécu très-chastement avec son mari, fut prise d'une passion excessive hors les temps de la grossesse; elle devenait alors lascive au delà de toute expression; mais à peine était-elle grosse, qu'elle était très-réservée jusqu'après ses couches.

Il suffit d'avoir observé quelque temps les maisons dans lesquelles sont renfermés les fous et les maniaques, pour s'assurer que les diverses altérations des fonctions intellectuelles peuvent récidiver périodiquement. Ces malheureuses affections sont si fréquentes, qu'il n'est personne qui ne puisse citer des exemples à cet égard.

Il existe en outre une multitude d'autres symptômes nerveux, tels que la défaillance, les spasmes, les convulsions, etc. qui peuvent avoir lieu périodiquement, mais qu'il deviendrait trop long de détailler. Je dirai seulement quelques mots d'une espèce de tremblement universel périodique dont les auteurs ont recueilli plusieurs observations. Vandermonde a vu un jeune homme de seize ans incommodé tous les soirs d'un tremblement douloureux aux parties inférieures du corps; Benivenius l'a vu récidiver tous les huit jours à des heures fixes, dans un petit garçon, à la suite d'une frayeur; enfin Lanzoni a observé ce tremblement tous les ans dans une femme, le vingt-quatre juin; il se terminait par un assoupissement. Tous ces divers phénomènes nerveux se présentent quelquefois sous des dehors très-graves, et qui pourraient inspirer de grandes

craintes, si l'on ne connaissait pas la nature de la maladie; mais ils sont rarement dangereux.

Il existe des léthargies, des assoupissemens, des veilles périodiques. Rost (*Collect.*, Breslaw, vol. XV, p. 204) a vu un serrurier qui tombait en léthargie tous les jours après ses selles. Lambezius a vu une demoiselle de vingt-cinq ans qui, depuis fort longtemps, tombait en léthargie régulièrement tous les mardis et les vendredis. Frédéric Hoffmann parle d'une femme de soixante ans qui, tous les six mois, était prise d'un assoupissement qui durait trois jours; à cette époque il survenait une fièvre qui se terminait le septième jour avec des sueurs; il parle aussi d'un homme de quarante-six ans qui, tous les jours, éprouvait à dix heures du matin des mouvemens spasmodiques accompagnés de sommeil. Cet état de spasme qui a lieu pendant certains sommeils, et auquel on a donné le nom de cauchemar, est très-souvent spasmodique; mais il est très-dangereux, et peut devenir mortel après plusieurs attaques. Enfin Médicus a vu une femme qui ne dormait que de deux jours l'un.

La faim et la soif, le froid, la chaleur et la sueur peuvent affecter le type périodique. On ne doit point regarder comme telles ces aberrations de la chaleur en vertu desquelles une partie du corps se trouve dans un état brûlant, tandis que les autres sont froides : tel était cet homme cité par Péchlin, dont une moitié du corps était dans un feu presque continuel, et l'autre moitié toujours glacée. Je vois habituellement une dame dont toutes les parties supérieures sont toujours douées d'une très-grande chaleur, même pendant les temps les plus rigoureux, tandis que les parties inférieures restent tellement froides, qu'elle est obligée de les chauffer, même dans les plus grandes chaleurs de l'été; mais il n'y a dans ces diverses affections aucune périodicité, ce ne sont que des aberrations des propriétés vitales, et l'on ne voit pas pourquoi Médicus les range dans cette classe de maladies. Schulz a connu un homme qui était pris régulièrement toutes les semaines d'une sueur qui le mettait dans une grande agitation, et qui se trouvait dans le plus grand danger lorsqu'elle ne paraissait pas à l'époque ordinaire. Sylvaticus parle d'une jeune fille à laquelle il survenait une fois tous les mois une sueur considérable qui durait trois jours. On doit regarder aussi comme périodiques les sueurs qui arrivent tous les matins à un grand nombre de phthisiques sur la poitrine, et qui continuent par accès pendant quelques heures.

Une chose à remarquer, c'est que ces divers phénomènes sont toujours symptomatiques et ne constituent jamais à eux une maladie essentielle; ils sont l'annonce certaine d'une affection cachée dans l'économie, à la recherche de laquelle on

doit aller, au lieu de s'arrêter à ces symptômes : telles sont encore les diverses toux périodiques dont parlent les auteurs.

Des diverses évacuations et éruptions périodiques. Les plus fréquentes sont les évacuations sanguines, ou hémorragies. Blancard a vu un saignement de nez survenir tous les jours à un homme, chaque fois que les heures sonnaient. D'autres l'ont vu paraître régulièrement toutes les semaines, tous les mois, etc. L'hémoptysie ou crachement de sang est fréquemment périodique. Sébastien Albrecht parle d'un jeune homme de dix-huit ans, qui, dans l'espace de vingt-huit heures, en éprouvait treize récidives, toujours à périodes fixes. Chez une femme citée par Thompson, il avait lieu tous les trois jours régulièrement, quoiqu'elle fût très-bien réglée. Dans un homme observé par Amatus Lusitanus, il ne paraissait que tous les mois, ainsi que dans un jeune homme dont parle Méad. Blancard l'a vu paraître de trois mois en trois mois après des hémorroïdes supprimées. Gesner a observé un vomissement de sang qui revenait périodiquement tous les huit jours chez une femme, à la suite de violences que son mari avait exercées sur elle. On trouve, dans l'Académie des scrutateurs de la nature, plusieurs exemples semblables, sans que les malades en aient jamais éprouvé d'inconvéniens graves. Les observations d'hémorroïdes périodiques sont tellement multipliées qu'il est inutile d'en rapporter aucun exemple. Une multitude d'individus sont sujets à cette incommodité, plus désagréable en général que dangereuse, car elle n'empêche point les individus qui en sont atteints de vivre longtemps. Quoique ces diverses évacuations puissent quelquefois être essentielles, ou mieux sans aucune altération apparente des lois de l'économie, il arrive cependant plus souvent encore qu'elles ne sont autre chose que la conséquence d'une lésion de fonction, telle serait par exemple la suppression des évacuations menstruelles chez les femmes. Dans le plus grand nombre des cas, ces hémorragies périodiques coïncident chez elles avec ce dernier état. Cette observation est de la plus haute importance pour le traitement.

Beaucoup d'autres évacuations non sanguines peuvent être périodiques. On lit dans les Actes des curieux de la nature, vol. x, pag. 100, une observation de salivation périodique survenant chez plusieurs jeunes filles aux premières éruptions des règles, et rapportée par Maternus de Ciliano. Hoier a observé cette salivation dans une femme qui la regardait comme le signe certain de sa grossesse ; et Reusner dit qu'elle est quelquefois si forte, qu'on croirait qu'elle est due à des préparations mercurielles. Les vomissemens périodiques ne sont pas rares, j'ai eu occasion d'en rapporter plusieurs exemples dans

mon article *métastase*. Cette indisposition est jointe quelquefois à une constipation opiniâtre, mais d'autres fois aussi il est impossible de lui trouver une raison plausible. Heister a vu un jeune étudiant qui, tous les matins, était pris d'un violent vomissement, dans lequel il rendait une grande quantité de phlegmes. J'ai vu, pendant plusieurs années, l'exemple d'un vomissement absolument semblable, sur un ecclésiastique d'une quarantaine d'années, livré à l'enseignement. Ce vomissement avait lieu régulièrement tous les jours, le matin, à huit heures; il durait à peu près vingt minutes, pendant lesquelles cet individu rendait avec beaucoup d'efforts une grande quantité de matières visqueuses. Immédiatement après, il se portait parfaitement bien. Il était, au contraire, très-agité et très-inquiet lorsque son vomissement n'avait pas paru, ou que l'évacuation avait été moins abondante qu'à l'ordinaire. De Véga (*De arte medendi*) nous rapporte l'observation d'un évêque, qui, pendant vingt-cinq ans, fut sujet à un vomissement de cette nature, qui récidivait tous les mois. On doit aussi considérer comme périodiques les vomissemens qui ont lieu quelquefois à des époques fixes de la grossesse, de même que ceux qui surviennent dans quelques individus, après l'acte vénérien. Hertodt cite une jeune femme très-lascive, laquelle, immédiatement après chaque embrassement de son mari, rendait par le vomissement une matière blanchâtre: cette femme mourut de consomption au bout de quelques années.

Les diarrhées périodiques sont assez fréquentes, on en trouve de nombreuses observations dans les Actes des curieux de la nature, et dans la collection de Breslaw : elles sont peu dangereuses.

Certaines évacuations abondantes d'urine peuvent affecter le type périodique; ce sont des espèces particulières de diabète : Camerarius l'a vu survenir tous les quinze jours chez un vieillard de soixante-trois ans. Bartholin cite le cas d'un médecin qui, tous les mois, était pris d'un diabètes très-abondant, sans qu'il en éprouvât aucun inconvénient. Méad parle d'une jeune fille, qui, depuis plusieurs années, était sujette à un diabètes qui revenait à des époques fixes. Cette affection est, en général, rarement sans quelque danger. Les malades qui y sont sujets éprouvent souvent un dépérissement rapide. Les mêmes auteurs ont vu des rétentions d'urine périodiques.

On a eu plusieurs fois occasion d'observer des écoulemens de semence périodiques, surtout chez les individus qui vivent dans une grande continence. Roussel et Pitcarnius ont observé plusieurs cas de flueurs blanches de la même nature.

J'ai omis à dessein de parler des règles chez les femmes,

parce qu'il en a été question ailleurs, et que, quoique essentiellement périodiques, elles ne doivent point trouver place dans un article entièrement consacré aux phénomènes pathologiques, et nullement à ceux qui se trouvent dans l'ordre de la nature.

Toutes les parties du corps, considérées successivement, peuvent être le siége de maladies périodiques. La migraine, maladie si commune, et dont la nature est si peu connue, quoique l'expérience démontre qu'elle est presque toujours liée à un état particulier de l'estomac, affecte presque toujours ce type. Les diverses altérations de la vue, de l'ouïe, de l'odorat, du goût, peuvent être soumises à la périodicité, comme le démontrent les observations. Dans la poitrine, l'asthme, la toux, les points de côté, peuvent revenir périodiquement. Les derniers peuvent même, dans quelques cas, et si l'on n'y donne pas une attention suffisante, en imposer pour un symptôme de pleurésie. Stork assure même avoir vu une hydropisie périodique, qui revenait et disparaissait tous les jours à des heures fixes; mais ce fait, s'il est exact, est des plus rares. Les étouffemens, les palpitations de cœur, les chaleurs précordiales périodiques sont plus fréquens; Hannemann, De Haën et Stork les ont observés. Il en est de même de certains hoquets et éternuemens, dont on ne peut contester la périodicité, d'après les observations qui en sont rapportées dans les Actes des curieux de la nature. Dans le bas-ventre, les affections ictériques, les crampes d'estomac, les mouvemens spasmodiques, les coliques, les douleurs, etc., sont fréquemment périodiques.

Peut-on admettre des fausses couches périodiques? Cette question peut être résolue par l'affirmative, puisque l'expérience démontre que ces événemens ont lieu le plus ordinairement à la même epoque. Cette circonstance est une des plus fortes preuves pour démontrer la disposition des organes à voir se renouveler les phénomènes dont ils ont été anciennement le siége, à voir reparaître les mêmes symptômes. Je connais une dame parfaitement constituée, et d'un tempérament nerveux, qui a été grosse onze fois sans jamais pouvoir atteindre son terme, et dans laquelle les fausses couches ont eu lieu constamment dans le même temps. Il serait difficile de leur refuser le nom de périodiques. La tendance de l'organe de la conception à renouveler les fausses couches est si grande, qu'il n'est souvent pas d'attentions, de soins minutieux qui puissent la combattre avec succès, comme il est arrivé dans le cas que je viens de citer. Il n'est peut-être pas, dans l'économie, d'organe qu'on puisse comparer à celui-là sous le rapport de la susceptibilité à conserver les impressions anciennes.

Il est encore une multitude d'affections périodiques qu'il

n'aurait pas été possible d'indiquer ici, et pour lesquelles on aura recours aux divers recueils d'observations, et surtout au traité de Médicus, auquel j'ai emprunté quelques-uns des exemples que j'ai rapportés. Mais il est à remarquer aussi que, dans le grand nombre des cas cités par cet auteur, il en est beaucoup que l'on pourrait avec raison isoler des maladies périodiques, parce qu'ils n'ont avec elles que des rapports apparens et une analogie trompeuse.

On ne peut nier qu'un très-grand nombre de maladies sont sujettes, les unes plus, les autres moins, à la périodicité; mais il est également certain qu'il en est qui, par leur nature même, ne sauraient jamais devenir périodiques. On peut, à cet égard, diviser les maladies en deux classes : 1°. celles dans lesquelles la cause connue ou non connue est de nature à pouvoir être suspendue, pendant un certain temps, sans néanmoins être detruite, et dont l'influence sur l'économie n'est pas essentiellement désorganisatrice, et n'entraîne pas nécessairement une lésion physique grave : telles sont les diverses affections goutteuse, rhumatismale, et la plupart des fièvres d'accès, etc.; 2°. celles dans lesquelles la cause éminemment délétère agit constamment sur nos organes, de manière à les désorganiser au point d'établir une raison perpétuelle de maladie, et d'ôter tout espoir et toute possibilité d'un intervalle complet et régulier de calme et de repos : tel est le cancer, et toute affection organique ou autres, dans lesquelles l'intégrité des parties est gravement endommagée.

Du traitement des maladies périodiques. Ce serait peut être ici le cas d'examiner si l'on doit chercher à guérir toutes les maladies périodiques; l'expérience semble avoir décidé cette question, en nous faisant connaître les accidens terribles qui suivent la cessation de quelques-unes de ces affections, soit que cette cessation ait été déterminée par la nature ou par l'art. La mort est fréquemment la conséquence de semblables événemens. Raymond, dans son Traité sur les maladies qu'il est dangereux de guérir, en donne des exemples nombreux. Il est donc permis de dire, d'une manière générale, qu'il est des maladies périodiques qui, par leur ancienneté ou par une autre cause, sont tellement liées avec la constitution, que la santé paraît être entièrement sous leur dépendance; et, dans tous les cas, ce ne sera jamais qu'avec la plus grande prudence qu'on entreprendra le traitement de ces maladies, ayant toujours soin de suivre attentivement les effets des moyens curatifs.

Les maladies périodiques, en raison de leurs nombreuses variétés, sembleraient devoir être soumises à autant de traitemens différens; mais elles se ressemblent toutes sous le point

de vue de la périodicité, et, à cet égard, elles réclament un traitement à peu près analogue; c'est aussi sous ce seul rapport que je la considérerai.

La base du traitement doit être de détruire la périodicité, car c'est au type périodique que la maladie doit sa persévérance et son opiniâtreté. C'est beaucoup lorsqu'on est parvenu à éloigner les attaques, ou du moins à les rendre irrégulières, parce que c'est une preuve certaine, que la tendance vicieuse des organes est détruite ou du moins fortement ébranlée. C'est dans cette vue que tous les médecins expérimentés ont dirigé leurs modes de traitement, aussi se sont-ils généralement rencontrés dans leurs moyens curatifs.

Ce n'est que par des moyens extrêmement actifs, énergiques, que l'on peut parvenir à son but, et c'est ce qui rend raison de l'emploi des vomitifs et des purgatifs à très-haute dose, non plus dans l'intention ridicule d'évacuer des humeurs pernicieuses présumées causes de la périodicité, mais bien pour opérer une dérivation salutaire. C'est dans la même vue qu'ont été administrés le quinquina, et toutes les autres substances toniques dont les bons effets étaient éprouvés, dans toutes les fièvres d'accès. Il était naturel que, d'après la grande liaison connue du système gastrique avec l'économie, ce fût sur lui que l'on dirigeât de préférence les remèdes. Il n'est pas de médecins qui n'ait été à même de constater les bons effets des lavemens plus ou moins excitans, des vomitifs et des purgatifs.

Qui ignore que souvent la migraine la plus rebelle cède presqu'instantanément à un vomissement plus ou moins considérable, et que la nature détermine presque toujours lorsqu'il n'est pas provoqué par l'art? On ne saurait donc mettre trop de soins à observer la marche de la nature, afin de connaître quelle est la terminaison qu'elle préfère, et de la faire naître par l'emploi des moyens convenables.

Mais il ne suffit pas de chercher à parer aux seuls accidens qui accompagnent chaque attaque, il faut encore prévenir celles-ci, les empêcher de récidiver, s'il est possible. Pour parvenir à cette fin, tous les momens ne conviennent pas également pour l'administration des remèdes. C'est toujours à l'approche de chaque accès, lorsqu'on présume, par l'apparition de certains symptômes, qu'il va se renouveler, qu'il faut redoubler d'activité. Les moyens précédemment indiqués, les sangsues, les vésicatoires, tout, en un mot, doit être mis en usage suivant les cas et les circonstances. Mais, de tous ces remèdes, le plus fréquemment employé, et le plus avantageux dans le traitement des maladies périodiques, c'est le quinquina.

On a souvent agité la question de savoir si le quinquina devait être administré dans toutes les affections périodiques; la

plupart des médecins en ont généralement reconnu l'efficacité. Sans doute il existe un assez grand nombre d'exemples qui sembleraient prouver le contraire, et dans lesquels l'emploi du quinquina a eu des résultats fâcheux; mais ce ne sont que des exceptions assez nombreuses, il est vrai, à la règle générale, et qui ne doivent avoir d'autre effet que de nécessiter quelque modification dans son emploi. Si les dangers de l'administration mal entendue du quinquina dans les maladies périodiques, comme dans tout autre cas, pouvaient être encore mis en doute, combien il eût été facile de multiplier les observations convaincantes à cet égard dans les fièvres intermittentes elles-mêmes, dont il est généralement regardé comme le puissant spécifique. L'expérience nous démontre que la guérison de ces maladies n'est souvent qu'apparente, et qu'elle est accompagnée, dans bien des cas, d'engorgemens plus ou moins considérables des viscères du bas-ventre; je n'hésite pas à regarder le quinquina comme la cause première de ces accidens, lorsqu'il est administré par une main imprudente. A bien plus forte raison devra-t-on être très-réservé et très-prudent sur l'administration de ce médicament dans toutes les autres maladies périodiques qui se présentent sous tant de formes variées; mais l'histoire des avantages et des inconvéniens de l'emploi de cette substance se rattachent essentiellement au traitement des fièvres intermittentes. Je me suis dispensé d'entrer dans aucun détail à cet égard. Comment agit-il? Ce n'est point certainement par une vertu spécifique, à laquelle on ne saurait plus ajouter de foi pour aucune espèce de médicament. Ce ne peut donc être que par l'effet d'une excitation gastrique, d'une irritation plus ou moins forte, qui se cache sous le masque de la chronicité, et qui opère une révolution dans les propriétés vitales. Ce n'est donc souvent qu'aux dépens de l'estomac que la maladie périodique disparaît. C'est ainsi qu'a été traitée et guérie une épilepsie périodique fort curieuse, dont j'ai déjà eu occasion de parler dans le cours de cet article, et dont les accès reparaissaient à chaque pleine lune.

Médicus est sans contredit l'un des médecins, et peut-être celui de tous qui ait le plus appuyé sur la puissance du quinquina; mais on ne peut s'empêcher de voir dans ce qu'il en dit beaucoup d'exagération, car il soutient que toutes les maladies périodiques, quelles que soient leurs différences, leur caractère et leurs causes, cèdent à son emploi. Aussi est-ce surtout à lui qu'on a attribué la connaissance des propriétés de ce médicament, quoiqu'elles fussent connues bien avant. Plusieurs médecins, et l'école entière de Montpellier, revendiquent cette idée de l'application du quinquina dans les maladies périodiques. Cette dernière école prouve son antériorité au moyen de

plusieurs dissertations imprimées vers la fin du dix-septième siècle, et par une question proposée, en 1502, par François Chicoyneau, chancelier de l'université, ayant pour objet de déterminer si le quinquina convient dans toutes les espèces de catalepsies périodiques; ce qui est pour lui une chose démontrée.

Quoi qu'il en soit du bon effet de l'administration de ces divers traitemens généraux, le médecin n'oubliera jamais qu'ils doivent être combinés avec une multitude d'autres particuliers, et suivant le genre de la maladie.

J'observe, en terminant, que je me suis abstenu de toute réflexion sur l'histoire et le traitement des fièvres d'accès ou intermittentes, qui ont été traitées ailleurs, et auxquelles je renvoie pour tout ce qui regarde cette classe d'affections périodiques. *Voyez* FIÈVRES et INTERMITTENT. (REYDELET)

PÉRIODYNIE, s. f., περιοδυνια : nom dont Hippocrate se sert en plusieurs endroits de ses ouvrages, pour désigner une douleur véhémente, locale, et s'étendant en rayonnant. Sauvages appelle *gastrodynia periodynia*, la douleur chronique de l'estomac (*Nosol.*, clas. VII, ord. IV). (F. V. M.)

PERIOSTE, s. m., *periosteum*, *periosta*, membrane fibreuse appliquée sur tous les os du corps; elle revêt et ceux qui, disposés en lames recourbées, forment par leur réunion de grandes cavités, et ceux qui, véritables léviers, occupent le milieu des membres et sont mus par les muscles. On la trouve également sur les os courts; certains os paraissent revêtus de deux périostes, l'un interne et l'autre externe : tels sont les os plats, auxquels la dure-mère sert en quelque sorte d'un second périoste. La membrane médullaire des os longs n'est pas susceptible de la même analogie; le périoste n'abandonne aucune partie des os; il ne passe pas d'une apophyse à une autre, il revêt et ces éminences et les cavités osseuses; les seules parties du squelette sur lesquelles on le chercherait vainement sont l'intérieur des surfaces articulaires, car il s'identifie avec les ligamens qui les assujétissent et toute cette portion de la dent, qui, placée hors de l'alvéole, a reçu le nom de couronne.

L'histoire anatomique du périoste est digne de quelque attention; la plupart des anciens le faisaient naître de la dure-mère, et pensaient qu'il se prolongeait sur tous les os du corps sans interruption. Leur opinion en cela a été adoptée par plusieurs modernes. Suivant ces auteurs, de nombreux prolongemens fournis par la dure-mère s'échappaient par les trous du crâne et allaient, les uns former l'enveloppe des nerfs qu'on appelle névrilème, les autres une tunique fibreuse aux os du crâne, de la face, du tronc et des membres. Suivant Boerhaave, s'il était possible d'extraire les os du périoste, cette membrane

représenterait parfaitement le squelette (H. Boerhaave, *Prælectiones academicæ*, vol. II, pag. 166). Le périoste était, aux yeux de Clopton Havers, un tissu traversé par une innombrable quantité de vaisseaux sanguins et lymphatiques, qui conduisaient l'humeur vitale dans les os. Ambroise Paré, qui ne doit guère faire autorité comme anatomiste, prouve ainsi que la dure-mère donne naissance au périoste : *lorsqu'une membrane, en quelque partie du corps que ce soit, est endommagée, la même affection est communiquée jusqu'à la dure-mère, ce qui est fort manifeste en ceux qui souffrent douleur en quelque partie, et fût-ce en l'extrémité du pied ; lor qu'on esternue ou tousse, la douleur s'augmente, s'estendant et communiquant jusqu'au cerveau.*

Duhamel et Troja ont fait de fort belles expériences, dont le résultat était de prouver que le périoste pouvait s'ossifier; elles parurent positives. Duhamel nourrit plusieurs animaux alternativement avec la garance et leurs alimens ordinaires, et comme leurs os lui offrirent alternativement des couches blanches et rouges, il fut conduit à affirmer que ces organes étaient composés de lames, et que le périoste était à leur accroissement ce que l'écorce était à celui des arbres. Troja produisait des nécroses artificielles en détruisant la moelle des os longs. MM. Léveillé et Richerand attaquèrent vigoureusement la doctrine de l'ossification du périoste par des raisonnemens et des faits, et tirèrent un grand parti des découvertes de Scarpa sur la structure intime des os. Cependant des expériences récentes, faites avec un soin extrême, et dont il est impossible de nier le résultat, démontrent la possibilité de l'ossification du périoste. Plusieurs ont été faites par M. le professeur Béclard, et elles sont précieuses parce qu'elles font connaître des lois inconnues de l'ostéogénie; d'autres, très-variées et très-concluantes, appartiennent à M. Cruveilhier. Ce dernier a mis en doute l'identité de fonctions de la moelle et du périoste; il a observé deux faits de nécrose de toute l'épaisseur du tibia, quoique la membrane médullaire subjacente vécût encore très-bien, et même, dans un cas, envoyait des prolongemens vasculaires dans l'os nécrosé. Les vaisseaux sanguins des os s'anastomosent un grand nombre de fois dans leur tissu, et la nécrose n'est pas un résultat nécessaire de la destruction d'une portion de moelle ou de périoste.

Les aponévroses, les tendons, les ligamens viennent presque tous se confondre, s'identifier avec le périoste. Parmi les aponévroses qui servent aux insertions musculaires, quelques-unes se terminent au périoste par des fibres isolées, ou de petits faisceaux fibreux très-peu considérables qui occupent de larges surfaces osseuses; d'autres contractent une adhérence intime avec le périoste par une surface étendue. Le périoste

fournit des points d'appui nombreux aux aponévroses qui enveloppent les corps musculaires; il reçoit les tendons qui s'épanouissent en s'approchant de lui; il s'identifie avec les ligamens, et en différentes parties du corps avec les gaînes et capsules fibreuses. Un grand nombre de prolongemens établissent des rapports intimes entre la dure-mère et le périoste des os du crâne, soit par les trous de cette cavité, soit par les sutures. Ainsi, le périoste a des connexions étroites avec la plus grande partie du système fibreux. La pathologie prouve, comme l'anatomie, la réalité de ces connexions; comme les tendons et les aponévroses, le périoste paraît susceptible de la dégénération osseuse. Les progrès de l'âge rendent si forte son adhérence au tissu osseux, qu'on ne peut plus l'en séparer, tandis qu'il était facile de l'en isoler dans les premiers temps de la vie, avec les tendons et les aponévroses qu'il reçoit. S'il n'eût été, chez l'adulte, qu'appliqué sur l'os, les contractions musculaires, en lui faisant éprouver de fortes tractions, l'auraient décollé dans un grand nombre de circonstances. La nature, toujours prévoyante, a rendu cet accident impossible, en proportionnant dans tous les âges de la vie l'adhérence du périoste aux os, à l'énergie des contractions musculaires.

Le périoste n'a pas la blancheur resplendissante de la dure-mère, il est grisâtre, et présente à peu près sur tous les os la même couleur. De ses deux surfaces, l'une est contiguë et adhérente au tissu osseux, l'autre est unie aux parties voisines par un tissu cellulaire plus ou moins lâche. Les moyens d'adhérence du périoste à l'os ne sont pas seulement les vaisseaux sanguins qui passent de l'un à l'autre, mais encore des gaînes fibreuses extrêmement minces qui, nées du périoste, forment aux vaisseaux et nerfs des os une enveloppe qui les accompagne dans leur trajet. Ces prolongemens sont nombreux sur les os ou les parties des os dans lesquels le tissu spongieux prédomine. Aussi en trouve-t-on une quantité considérable sur les extrémités des os longs, et sur la surface des os courts. Le périoste fournit une gaîne qui suit dans son trajet l'artère nutricière des os longs et se prolonge probablement en perdant de son épaisseur dans les aréoles du tissu cellulaire. En dehors, le périoste reçoit les tendons et les aponévroses, et est séparé des muscles par une quantité de tissu cellulaire qui est en général considérable. Lorsque l'inflammation s'empare de ce tissu cellulaire, les muscles perdent la faculté de glisser sur le périoste.

Les osselets de l'ouïe sont recouverts d'un périoste très-fin. Le périoste est composé de fibres très-serrées, très-résistantes, dont la direction est en général celle des os qu'il recouvre. Bichat a dit que ces fibres étaient superposées les unes aux autres;

et qu'elles avaient des longueurs différentes : les superficielles, dit-il, sont plus étendues ; celles qui correspondent immédiatement à l'os ne parcourent qu'un petit espace ; Bichat cite, à l'appui de son opinion, l'observation d'un homme affecté d'éléphantiasis, et en même temps d'un gonflement dans le tissu compacte du tibia, qui avait pris une épaisseur considérable ; le périoste de cet os était très-épais, si peu adhérent à l'os, que le plus léger effort suffit pour l'enlever dans toute son étendue, et à fibres tellement prononcées, qu'on l'aurait pris pour une portion de l'aponévrose plantaire ou palmaire lorsqu'il en fut séparé. Ces fibres sont traversées par une grande quantité de vaisseaux sanguins qui se rendent à l'os ; quoiqu'on n'ait pu découvrir dans l'intérieur du périoste lui-même des vaisseaux lymphatiques, il est probable qu'il en reçoit. On n'a pu également trouver des nerfs parmi ses fibres ; mais la pathologie interrogée à cet égard décide la question. La contusion, une déchirure, une piqûre du périoste sont suivies souvent d'un gonflement douloureux de la totalité du membre ; et le périoste tout entier d'un os devient douloureux dans certaines périostoses qui n'occupent qu'une partie de son étendue. Les douleurs extrêmement vives que font éprouver ordinairement ces tumeurs n'attestent-elles pas que le périoste reçoit des nerfs? Et puisque les os eux-mêmes en possèdent, comme le prouvent quelques expériences encore récentes, peut-on raisonnablement affirmer que leur enveloppe en est dépourvue ? L'irritabilité existe dans le périoste comme dans toutes les parties du système fibreux. Si une partie du périoste est enflammée, la tumeur qui est l'effet de la phlegmasie se développe avec une énergie et une rapidité bien plus grandes que celles qui président au développement des exostoses ; si un os est fracturé, des bourgeons charnus naissent à la surface interne du périoste.

Les fibres qui forment cette membrane sont-elles entre-croisées ou simplement superposées ? Cette question, que la dissection du périoste aurait dû résoudre depuis longtemps, est encore à quelques égards un objet de contestation ; il y a entrelacement du périoste avec les différentes parties du système fibreux qui viennent s'identifier avec lui. Bichat dit formellement qu'il est composé de fibres qui ont une longueur différente et qui sont superposées les unes aux autres. Cette opinion paraît favorable à ceux qui ont pensé que les lames internes du périoste s'ossifiaient successivement, de la même manière que la lame interne de l'écorce des arbres se transforme en aubier, et plus tard en bois.

On a cru pendant assez longtemps que le périoste décollé d'un os ne pouvait reprendre ses fonctions, et qu'une nécrose

plus ou moins considérable était infaillible. Ténon a commencé à faire connaître que cette opinion était une erreur ; des expériences très-positives de M. Cruveilhier ne laissent aucun doute sur ce fait : il a décollé le périoste sur un grand nombre de lapins, dans les deux tiers au moins de la circonférence et de la longueur de l'os ; dix, vingt jours, un mois, deux mois après, il a été tout étonné de voir le périoste recollé et le tibia de ce côté ne différer en rien de celui du côté opposé ; seulement la plupart lui présentèrent un léger épaississement de l'os aux limites du décollement du périoste. Un lapin sur lequel M. Cruveilhier avait décollé le périoste dans toute la circonférence de l'os, mourut deux mois après, par suite d'une tuméfaction considérable de la cuisse. La plaie extérieure était cicatrisée, mais l'os dénudé était environné, dans les deux tiers de sa circonférence, d'une grande quantité de pus semblable à de la matière caséeuse. La face antérieure du fémur était couverte d'une couche épaisse de nouvelle formation, de laquelle partaient des végétations irrégulières et deux productions osseuses, lisses à leur face externe, rugueuses à leur face interne, offrant près d'un pouce de largeur sur deux de longueur, et se portant en arrière comme des ailes en s'écartant du corps de l'os ; nne ligne inégale indiquait un commencement de séparation de toute la partie nécrosée ; le fémur était trois fois plus épais à l'endroit de cette nécrose que dans tout autre point ; la partie nécrosée, qui faisait le quart de cette épaisseur, était compacte, et la partie subjacente, spongieuse. M. Cruveilhier pense, et avec beaucoup de raison, que cette observation toute seule prouve que le périoste nourrit les couches les plus extérieures de l'os, qu'il est susceptible de s'ossifier lorsqu'il est détaché de l'os, qu'il est détruit par la suppuration ; que, dans les cas de nécrose superficielle, les couches vivantes deviennent spongieuses. Il a imaginé d'interposer un corps étranger entre le périoste et l'os, pour éviter tout recollement du premier, et prévenir toutes les objections. 1°. Sur un très-jeune lapin, il décolla le périoste dans toute la circonférence et la longueur de l'os ; deux fils de laiton furent passés entre l'os et le périoste : l'animal, sacrifié un mois après, présenta une diminution considérable du volume du tibia à l'endroit de ces anneaux de laiton : un léger effort suffit pour rompre l'os dans ce point ; une couche cartilagineuse et osseuse recouvrait les fils ; le périoste s'était recollé dans tout le reste de la longueur de l'os. 2°. Sur nn autre lapin, M. Cruveilhier passa entre le tibia et le périoste une lame de plomb battu, d'un demi-pouce de large ; il la fixa sur l'os, au moyen de trois fils cirés ; deux mois après, on sentait un renflement osseux très-considérable autour du corps étranger. Toutes les

fois que M. Cruveilhier a vu le périoste en contact avec du pus, et surtout soumis au contact de l'air, il n'a point trouvé d'ossification.

Bichat regardait le périoste comme le centre commun du système fibreux, non qu'il prétendît que comme le cœur ou le cerveau il exerçât des irradiations sur les organes qui en partent, mais parce que l'inspection anatomique montre tous les organes fibreux étroitement liés avec lui, à très-peu d'exceptions près. Les anciens étaient bien excusables de le faire naître de la dure-mère, puisque l'organisation de cette membrane ne diffère pas de la sienne, et que d'ailleurs elle communique avec lui par un grand nombre de filets qui traversent les sutures, et notamment par les ouvertures de la base du crâne et les trous optiques.

Comme toutes les dépendances du système fibreux, le périoste est fort peu extensible; cependant il n'est point privé de cette propriété : lorsqu'une tumeur se forme dans un os, il cède par degrés à la pression qu'elle exerce sur lui, et la recouvre sans se rompre. On a vu des collections de pus ou du sang épanché placés sous une portion de périoste décollée et soulevée. Il y a des exemples d'augmentation d'épaisseur de tous les os, véritable maladie que Saucerotte a observée et décrite : alors le périoste n'a point fait comme l'épiderme des arbres, il ne s'est point crevé en divers lieux, il a obéi à la distension lente et graduelle qu'il subissait. Ainsi, dans le rachitis, on le voit se prêter à une extension considérable. Lorsque l'os gonflé dans toute son étendue, ou seulement dans quelques points, reprend ses dimensions primitives, le périoste revient sur lui-même, et donne par là une nouvelle preuve qu'il jouit de la contractilité de tissu.

C'est à une fibre de couleur grisâtre, dure, peu extensible, dont il est composé presque entièrement, que le périoste doit la résistance qu'il oppose à la force qui tend à le rompre lorsqu'on le soumet à des expériences physiques. On ignore la nature de cette fibre; le périoste n'est pas privé de tissu cellulaire; l'état inflammatoire engorge quelquefois ce tissu, qui alors distend et cache la fibre qui est la base du périoste; tous les bourgeons charnus qui naissent de l'une de ses faces sont évidemment fournis par le tissu cellulaire. Il faut une longue macération pour décomposer le périoste : c'est une propriété qu'il partage avec les tendons, les aponévroses et les ligamens; la putréfaction qu'il éprouve alors ramollit son tissu et le change en une pulpe mollasse et blanchâtre. Soumis à l'action de l'eau bouillante, le périoste se crispe, devient élastique, augmente de densité; après un temps assez long il se détache des os, se ramollit, jaunit, et passe à l'état de gélatine. Le

contact prolongé de l'air fait perdre au périoste sa flexibilité, sa transparence et le jaunit; celui des acides concentrés le crispe d'abord, et bientôt le transforme en une substance pulpeuse. Toutes les expériences du même genre, qui ont été faites sur les divers tissus animaux n'ont pas jeté un grand jour sur leur nature. L'analyse chimique du périoste est aussi insignifiante.

Le périoste se développe aussi promptement que le tissu osseux; mais il n'acquiert que lentement la force, la résistance qui le caractérise, et c'est par degrés qu'il passe de l'état gélatineux à celui de membrane fibreuse. Avec l'âge, il devient plus résistant et moins épais. Chez le vieillard, il est extrêmement dur, très-mince, ossifié souvent dans quelques points, et fendu dans d'autres.

Les fonctions de cette membrane fibreuse ne sont pas parfaitement déterminées; pourquoi la nature lui a-t-elle donné tant de force, tant de résistance en la plaçant sur les organes les plus durs et les plus compactes de l'économie animale? On ne peut pas établir une analogie de fonctions entre la dure-mère et le périoste; car le cerveau oppose bien moins de résistance que les os à l'action des violences extérieures. Cependant le périoste a aussi pour usages généraux de protéger les parties qu'il recouvre contre le frottement des muscles et les pulsations des artères. Si on dénude une portion d'os de son périoste, bientôt elle est frappée de mort et elle s'exfolie; le périoste a donc encore pour usage indirect d'entretenir la circulation dans les parties les plus extérieures du tissu osseux; en le détruisant, on détruit les nombreux vaisseaux qu'il transmet à l'os.

Pour bien connaître les fonctions du périoste, on l'a étudié avec beaucoup de soin pendant la formation du cal (*Voyez* CAL, FRACTURE, OS, OSSIFICATION DU CAL). Malgré les détails que l'on trouvera dans les articles auxquels je renvoie, je crois devoir citer quelques recherches plus récentes sur le rôle que joue le périoste pendant la consolidation d'une fracture. M. Béclard a cherché à le déterminer d'une manière rigoureuse; il a observé que, lorsqu'un os était rompu, on sentait facilement, plusieurs jours après la fracture supposée très-simple, que les parties molles qui environnaient l'os immédiatement étaient tuméfiées. Ce premier phénomène, poursuit M. Béclard, est déjà accompagné d'un certain degré de résistance dans l'endroit de la fracture; au bout de quelques jours, la tuméfaction diminue; elle se concentre presque immédiatement autour de la solution de continuité de l'os; plus tard, la tumeur qui environne l'os devient dure, solide; enfin, après plus de trois mois, la tumeur dure diminue successivement

d'étendue. M. Béclard trouve les observations de Duhamel d'une exactitude parfaite, sauf les fausses conséquences tirées de la fausse analogie entre les arbres et les os, l'écorce et le périoste. Si on examine la fracture pendant le temps de la résolution de la tumeur des parties molles, lorsqu'elle s'est endurcie en s'appliquant immédiatement sur l'os, on aperçoit distinctement l'espèce de gaîne ou de virole osseuse, formée par le périoste ossifié, dont l'épaisseur et la consistance vont en diminuant depuis le point de la fracture jusqu'à un ou deux pouces audessus et audessous. A cette époque, les surfaces de la fracture ont à peine changé d'aspect, dit M. Béclard; plus tard, les bouts de l'os fracturé s'amollissent; le tissu compacte se ramollit et l'espace se remplit; quatre-vingt-dix ou cent jours après une fracture du tibia ou du fémur, le périoste a repris son organisation, le canal médullaire s'est formé, la cicatrice de l'os est achevée. Ainsi, d'après ces recherches, il est évident que, lorsque le cal se forme, le périoste se tuméfie dans le point fracturé, devient en quelque sorte un réseau cellulaire et vasculaire; puis est transformé en une gaîne ou virole osseuse, qui maintient en place les surfaces des fragmens de l'os fracturé, pendant la durée du travail que l'inflammation leur fait subir, et enfin au bout d'un temps assez long, lorsque la cicatrice de l'os est achevée, reprend sa texture, son organisation naturelle.

L'ossification du périoste, dans la formation du cal, a été démontrée à M. Cruveilhier par une foule d'observations et d'expériences sur des fractures du tibia et du fémur, parvenues au quinzième, vingtième et vingt-cinquième jour chez l'homme et les lapins. M. Cruveilhier a suivi le périoste depuis l'extrémité de l'os, jusqu'à l'endroit de la fracture, à une certaine distance de l'endroit fracturé; il a vu cette membrane augmenter d'épaisseur, devenir successivement cartilagineuse et osseuse, laisser sur la surface de laquelle elle était détachée une légère couche osseuse. Il a pu la suivre sur certaines fractures, à la partie la plus profonde de la virole, en partie osseuse, en partie cartilagineuse et charnue, que formaient autour d'elle les muscles ossifiés; plus tard, elle était confondue avec cette virole osseuse. Au reste, M. Cruveilhier ne croit pas que la doctrine du cal soit fixée invariablement par ses expériences, et il avertit qu'il s'est fait lui-même beaucoup d'objections auxquelles il n'a pu répondre. Les belles recherches de M. le professeur Béclard et de M. Serres sur l'ostéose vont donner sans doute la solution de ce problème important; à l'époque de la rédaction de cet article, leurs résultats ne sont pas encore bien connus, et on attend la publication du

travail de M. Béclard avec une impatience digne de l'importance du sujet et du nom de l'auteur.

Maladies du périoste. Les maladies du périoste offrent peu d'intérêt, à l'exception de l'inflammation de cette membrane fibreuse : c'est même la seule d'entre elles qui soit bien décrite (*Voyez* PÉRIOSTOSE). Son ossification est déjà connue. Les plaies du périoste n'ont pas à beaucoup près le caractère de gravité que leur attribuaient les anciens. (MONFALCON)

KALTSCHMID (carolus-fridericus), *Dissertatio de morbis periostei*; in-4°. *Ienæ*, 1759.

LIOULT (P. J.), Considérations sur les usages ou propriétés du périoste dans la formation du cal; 43 pages in-4°. Paris, 1804.

RENARD (joannes-claudius-gasparus-anton.), *Verus periostei usus, nec non Observationes quædam circa acidi phosphorici ad necrosin cariemque ossium sanandas utilitatem*; 23 pages in-4°. *Parisiis*, 1808.

(V.)

PÉRIOSTOSE, s. f., *periostosis*, dérivé de περι, autour, et d'οστεον, os : tuméfaction du périoste, causée par l'inflammation de ce tissu fibreux. Ses caractères sont la rapidité avec laquelle elle se forme ; sa consistance, moindre que celle de l'exostose, et enfin l'altération spécifique du périoste. Cette maladie est toujours un symptôme de la syphilis ; quelques auteurs l'appellent *gomme*.

Marguerite P... avait eu, à l'âge de trente ans, des rhagades et des condylomes à l'anus, des périostoses à la partie moyenne du sternum, et sur l'acromion du côté droit, à la suite d'un écoulement vénérien. Douze bains ; un grand nombre de frictions, suivies d'une salivation abondante, et aidées de la résection de ces condylomes, avaient dissipé ces accidens. Six ans après, il survint un engorgement vers l'angle de la mâchoire, et un autre à la partie antérieure de la parotide gauche, qui ne tardèrent pas à s'enflammer et à devenir douloureux. Quinze jours après, il survint une périostose très-douloureuse sur le dos de la main droite. Bientôt après, les condyles internes de l'humérus et du fémur furent affectés de la même manière. Le sternum et l'acromion du côté droit devinrent aussi douloureux. Ces symptômes allèrent en augmentant; les tumeurs de la face, pansées avec l'emplâtre de savon, s'ulcérèrent ; la glande, placée derrière l'angle de la mâchoire, fut disséquée profondément par l'ulcération, et une escarre noire et fort épaisse recouvrit sa surface. L'ulcère situé sur la parotide était moins étendu ; mais il présentait les mêmes caractères. Toutes les surfaces suppurantes sécrétaient une sanie abondante, fétide et corrosive. La périostose de la main droite occupait les deux tiers inférieurs du troisième os du métacarpe, sur lequel elle faisait une saillie de trois ou quatre

lignes ; elle s'étendait aussi vers les os collatéraux, où sa présence empêchait le mouvement du doigt du milieu, et gênait celui de l'index et de l'annulaire. La peau qui la recouvrait était d'un rouge brun, et l'on y sentait une forte chaleur. Les autres tumeurs avaient les mêmes caractères. Cette maladie céda aux frictions mercurielles, combinées avec l'usage de l'alcali minéral, à l'intérieur (*Journal de Desault*).

Les tumeurs formées par la périostose se développent rapidement ; elles sont presque toujours fort douloureuses, surtout lorsqu'elles commencent à se former ; mais, d'autres fois, elles sont indolentes et ont peu de consistance. Lorsqu'elles naissent, elles sont petites, ordinairement fort dures, adhérentes à l'os ; elles ne sont point circonscrites ; on ne peut les comprimer sans causer de la douleur. Cependant, elles font des progrès : l'engorgement devient plus volumineux, il s'enflamme, il perd une partie de sa consistance ; on sent en le pressant une certaine mollesse, cependant la peau ne conserve point l'impression du doigt. Les tégumens sont souvent envahis par l'inflammation ; ils s'ouvrent, et il coule de l'ulcère un pus en petite quantité, d'une mauvaise nature, et dont l'évacuation n'est point suivie d'un affaissement notable de la tumeur. Plus ou moins longtemps après, une matière sanieuse, grisâtre, fétide, se détache, et permet de découvrir immédiatement l'état de l'os, qui est fort souvent nécrosé, et quelquefois recouvert de bourgeons charnus de bonne nature.

Il paraît que l'inflammation change le périoste et le tissu cellulaire voisin en une matière d'un blanc grisâtre, homogène, assez consistante, analogue à de la pâte ; mais les recherches qu'on a faites sur l'anatomie pathologique des périostoses sont fort inexactes : aucun auteur ne cite sur ce sujet des observations positives.

On peut, sans encourir le reproche d'un scepticisme exagéré, mettre en question l'existence de la périostose. Que le périoste puisse s'enflammer, c'est ce qui est hors de doute ; mais que ses phlegmasies constituent ces tumeurs dures, volumineuses, de cause syphilitique, qu'on nomme périostoses, c'est ce dont il est permis de douter, jusqu'à ce que l'anatomie pathologique ait prononcé. L'analogie entre ces tumeurs et les exostoses syphilitiques est très-remarquable ; il y a entre ces maladies 1°. identité de siége ; les mêmes points du tissu osseux, qui sont le siége des exostoses vénériennes, sont aussi ceux sur lesquels se développent les prétendues périostoses ; 2°. identité de cause, la syphilis ; 3°. identité de symptômes locaux ; comme les prétendues périostoses, les exostoses syphilitiques sont précédées par de vives douleurs qui ont un caractère spécial, forment des tumeurs adhérentes à l'os,

dures, peu circonscrites, plus ou moins volumineuses, douloureuses lorsqu'elles sont comprimées; il en est qui, à une époque avancée de la maladie, ont une consistance pâteuse, et sont recouvertes de parties molles qui s'enflamment et suppurent.

Les périostoses existent rarement sans une altération du tissu osseux : c'est ordinairement une nécrose superficielle. Ceux qui admettent leur existence observent que, après avoir acquis un certain volume, elles deviennent indolentes, fort dures, et restent à jamais dans cet état. M. le professeur Boyer croit que la périostose peut affecter toute l'épaisseur du périoste, ou seulement une partie de cette membrane. Comme l'exostose, cette tumeur peut diminuer spontanément; s'il existe ulcération aux tégumens et nécrose superficielle, les phénomènes qui accompagnent la guérison sont ceux qui ont été décrits à l'article *nécrose*. L'une des terminaisons ordinaires des périostoses, est l'induration; elles sont susceptibles de résolution, même spontanée; nous avons fait mention de la terminaison par ulcération des tégumens et nécrose de l'os plus ou moins profonde : c'est la plus fâcheuse.

Comme les périostoses ne sont jamais qu'un symptôme de la syphilis, il en résulte qu'elles ne demandent aucun traitement spécial. Si l'inflammation est extrêmement vive, il faut, pour prévenir les effets funestes de sa violence, couvrir les tumeurs de sangsues, et faire des fomentations émollientes. S'il y a fluctuation bien manifeste, il faut ouvrir le foyer purulent avec le bistouri. On doit, pendant que l'on combat la syphilis par les moyens convenables, essayer d'agir directement sur les tumeurs en faisant sur elles des frictions mercurielles, et en les recouvrant d'un emplâtre de Vigo *cum mercurio*; quelques applications de sangsues sur elles, favoriseraient leur résolution. Le Journal de médecine rédigé par M. Sédillot contient une observation d'ulcères chroniques avec périostoses, guéris par la pommade oxigénée; mais lorsqu'on commença l'usage de cette pommade, déjà les symptomes de résolution des périostoses étaient évidens.

Des observations exactes sont nécessaires pour constater l'existence de la périostose, que je ne nie point : les signes par lesquels les auteurs la distinguent de l'exostose, ne sont pas des caractères positifs, et, avant d'établir en principe qu'elle est formée par l'engorgement du périoste, il faut nécessairement disséquer avec soin plusieurs tumeurs de cette espèce.

(MONFALCON)

PÉRIPHIMOSIS. *Voyez* PHIMOSIS. (F. V. M.)

PÉRIPNEUMONIE, de περι, autour, et de πνευμον, poumon. C'est le nom qu'on donne le plus communément à l'inflamma-

tion du tissu pulmonaire ; mais il n'est pas difficile de voir que cette dénomination est inexacte et défectueuse, puisqu'elle emporte l'idée d'une phlegmasie qui affecte l'enveloppe extérieure de l'organe respiratoire (la plèvre pulmonaire), qui, comme on le sait, peut être enflammée indépendamment des poumons qu'elle recouvre. Le mot *pneumonie*, employé par plusieurs médecins, nous paraît plus régulier et plus propre à désigner la phlegmasie du parenchyme de ces organes. *Voyez* PNEUMONIE. (BRICHETEAU)

PÉRIPNEUMONIQUE, adj. et subs. Dans le premier cas, on l'associe à quelque autre mot, comme fièvre péripneumonique, etc. ; employé comme substantif, il désigne les personnes atteintes de l'inflammation du poumon. (F. V. M.)

PÉRIPTOSE, s. f., *periptosis*, occasion : nom dont se sont servis Hippocrate et Galien pour désigner l'occasion en médecine. *Voyez* PÉREMPTOSE. (F. V. M.)

PÉRIPYÈME, *circum suppuratio*, περιπυιμα, de περι, autour, et de πυον, pus ; pus épanché à la surface d'un organe, soit à l'extérieur, soit à l'intérieur. C'est une expression dont Hippocrate s'est servi dans ses Épidémiques. (F. V. M.)

PÉRISCYPHISME, s. m, *periscyphismos*, incision qui se pratiquait sur le crâne, et qui a été décrite par Paul d'Égine et Aëtius. Gorrœus observe avec raison que cette opération est rejetée aujourd'hui de la pratique chirurgicale. (F. V. M.)

PÉRISTALTIQUE, adj., *peristalticus*, περιστaλτικος, dérivé de περι, autour, et de στελλω, je resserre. Cette expression, qui pourrait être rendue en latin par *circum pressorius*, est ordinairement réservée pour désigner un mode particulier de contraction, dont le conduit alimentaire est le siége.

On entend généralement par mouvement péristaltique une série de contractions dont un viscère creux est le siége, et qui s'exécutent de telle sorte que, commençant par un des points de l'étendue de l'organe, elles ont lieu successivement et de proche en proche dans les différentes parties de ce même organe. Rendons cette définition plus sensible par un exemple : supposons que les extrémités des quatre derniers doigts soient portées sur la partie de la paume de la main, qui avoisine davantage le poignet, on aura ainsi un tube creux représenté par la face palmaire des doigts et de la main ; qu'on fléchisse davantage d'abord l'indicateur, puis le médius, puis l'annulaire, et enfin le petit doigt, il en résultera un mouvement fort analogue à celui que l'on désigne sous le nom de péristaltique ; il en différera cependant en ce que le mouvement péristaltique présentera non-seulement un resserrement suivant le diamètre

du canal, mais encore une diminution dans la longueur de ce conduit. Cette double contraction, suivant la longueur et suivant la largeur d'un organe, exige deux plans de fibres musculaires d'une direction à peu près opposée ; c'est-à-dire qu'il faut que les unes soient parallèles à l'axe du viscère et que les autres le soient à son diamètre.

La progression de substances solides ou liquides, pâteuses ou gazeuses, dans l'intérieur de certaines parties, est entièrement due au mouvement péristaltique. Voilà comment on conçoit cette progression. Le corps qui doit être porté dans un viscère creux et contractile, s'y trouve toujours poussé avec une certaine force par d'autres puissances qui ont agi sur lui : ainsi le bol alimentaire entre dans l'œsophage par l'impulsion que lui ont communiquée les muscles constricteurs du pharynx. Les fibres circulaires du conduit œsophagien sont donc dilatées ; mais cet état d'expansion ne dure pas longtemps, l'irritation que le corps étranger détermine sur des parties sensibles éveille la contractilité ; les fibres longitudinales agissent, et, en rapprochant ainsi deux points éloignés de l'organe, elles diminuent la distance que la substance alibile doit franchir. Mais en même temps les fibres circulaires entrent en action ; celles qui ont été distendues les premières sont aussi celles qui commencent à agir ; elles se contractent avec plus ou moins d'énergie, et comme le corps qui a provoqué leur dilatation est soutenu par les mêmes puissances qui avaient déterminé jusque-là sa progression, celui-ci est forcé de pénétrer plus profondément ; mais alors de nouvelles fibres longitudinales rapprochent leurs extrémités ; d'autres fibres circulaires entrent en action, et les mêmes circonstances se trouvant réunies, le même effet est produit, c'est-à-dire que la substance étrangère est encore portée plus avant dans l'intérieur de la partie qu'elle doit traverser.

Les physiologistes conviennent que la contraction dont nous nous occupons est éminemment active. Il est en effet impossible de le nier ; mais la dilatation qui la précède est-elle le résultat de l'effort qu'ont exercé les fibres supérieures, ou bien l'organe prend-il de lui-même plus d'expansion, augmente-t-il spontanément sa cavité ? Pour résoudre cette question, il est important d'établir encore quelques considérations générales sur le mouvement péristaltique.

L'ordre que nous avons admis dans les contractions de l'intestin est celui que reconnaissent la plupart des physiologistes ; mais le fait est que cette explication a plutôt été basée sur des probabilités que d'après des faits bien observés : que la progression des matières de la bouche vers l'anus a été, par exemple, plutôt la source de cette théorie que l'observation exacte de ce

qui se passe dans l'état naturel. En effet, lorsqu'on ouvre l'abdomen d'un animal vivant, on ne distingue point dans les mouvemens la succession dont nous venons de parler. On remarque seulement une espèce d'ondulation, tantôt bornée à un seul point du tube intestinal, tantôt se manifestant à la fois dans plusieurs; qui, dans quelques cas, paraît se diriger de la partie inférieure vers la partie supérieure du tube digestif, et qui, d'autres fois, et le plus souvent, se porte dans une direction opposée. Les contractions ne sont pas successives, comme elles devraient l'être dans l'hypothèse précédente; mais elles cessent de se manifester sur un point, pendant quelques instans, puis elles ont lieu sur un autre. Il y a la plus grande irrégularité dans le temps, le lieu, la durée de leur apparition. Le mouvement péristaltique est lent, et cette lenteur est plus ou moins marquée, selon les différentes parties où on l'envisage; entièrement soustrait à l'influence de la volonté, il paraît être plus énergique en raison du nombre et de la force des fibres musculaires des organes qui en sont le siége.

Cette espèce de motilité, ces ondulations paraissent avoir la plus grande analogie avec le mode suivant lequel les oreillettes et les ventricules du cœur se contractent. Dans un cas comme dans l'autre, nous voyons des mouvemens dont il est très-difficile de suivre la direction, et qui consistent pour ainsi dire dans un frémissement dont il est difficile de donner une idée exacte par des paroles, et dont on ne peut bien apprécier le mode qu'après l'avoir observé avec soin.

La dilatation du cœur n'est certainement pas passive; elle s'exécute en vertu de l'expansibilité qui est propre à cet organe. Nous croyons qu'il en est ainsi pour les fibres musculaires des intestins, et que l'extension qui précède leur contraction a lieu comme celle-ci en vertu d'une propriété particulière à leur tissu. Les ventricules du cœur se dilatent, quoiqu'il n'aborde pas de sang dans leur cavité: il est certain que l'on voit les ondulations intestinales se manifester encore, quoiqu'il n'y ait pas de chyme ou de gaz dans l'intérieur des intestins. On ne peut admettre dans ce dernier cas que la dilatation soit passive, puisqu'il n'y a aucun corps étranger capable de la provoquer.

On ne peut se dissimuler que les expériences auxquelles nous devons la connaissance du mouvement péristaltique ne laissent beaucoup à désirer, et que dans ce cas comme dans tant d'autres, il est très-difficile de savoir au juste ce qui se passe dans l'état de santé parfaite. Lorsqu'on a pratiqué sur un chien la section des parois abdominales, on remarque les ondulations qui nous occupent; mais je le demande, est-il alors possible d'apprécier ce qui a lieu habituellement? Le contact de

l'air suffit pour faire rougir l'estomac, les intestins : croira-t-on qu'il ne puisse intervertir l'ordre des contractions ou des dilatations dont ces parties sont alternativement le siége. Ne pourra-t-on pas prendre pour le mouvement péristaltique les *convulsions* déterminées par l'irritation que le gaz atmosphérique détermine sur la masse des viscères ? D'un autre côté, la douleur que l'animal éprouve, le sang qu'il a perdu, etc., pourront modifier ce même mouvement. L'œsophage ne peut être mis à découvert sans qu'on ait ouvert la poitrine, écarté les poumons, le cœur : dans un tel désordre, peut-on s'assurer de l'état ordinaire de ses contractions ? Les ouvertures fistuleuses de l'estomac ou des intestins qui ont permis de distinguer chez l'homme les ondulations du tube alimentaire, ne peuvent éclaircir complétement le mécanisme de celles-ci, puisque dans ces circonstances les fonctions des organes sont plus ou moins altérées. L'introduction du doigt dans l'anus, nécessité par certaines opérations chirurgicales, nous indique d'une manière plus sûre la manière dont s'exécutent les contractions péristaltiques : le doigt est pressé avec violence et de haut en bas, jusqu'à ce qu'il soit porté au dehors ; mais ce phénomène constant pour le rectum peut ne pas avoir lieu dans les autres intestins.

Un fait bien remarquable, c'est que la mort n'anéantit pas le mouvement qui nous occupe ; il s'exécute encore dans les organes qui en sont ordinairement le siége, quoique les phénomènes de l'existence aient cessé de s'accomplir : tantôt il se manifeste spontanément quelque temps après la mort, d'autres fois il est provoqué par le contact de l'air, par des irritans mécaniques, ou par l'action du fluide électrique dégagé par la pile de Volta. Nous rechercherons bientôt quelles sont les parties dans lesquelles il persévère davantage. Il est important de se rappeler que le genre de mort influe singulièrement sur la durée du mouvement péristaltique. Chez les sujets exténués et qui ont succombé à de longues maladies, les organes intérieurs cessent promptement d'être irritables, tandis que chez ceux qui ont perdu la vie sans avoir été longtemps malades, la motilité se conserve dans toute sa vigueur, et pendant un long espace de temps. Cette remarque appartient à Bichat, et il a eu l'occasion de la faire un grand nombre de fois, soit sur des chiens qu'il faisait mourir de faim, soit sur les cadavres de ces animaux qui mouraient de maladies. Nysten, dans ses belles expériences relatives à l'influence de l'électricité sur nos organes, a observé que la propriété d'être excité par les différens agens persévérait plus ou moins, selon que les animaux succombaient : 1°. par la cessation de l'action du cerveau ; 2°.

par le défaut d'action du cœur; 3°. par l'anéantissement de l'action pulmonaire. *Voyez* GALVANISME.

On n'admet généralement l'existence du mouvement péristaltique que dans l'œsophage, l'estomac, les intestins grêles et les gros intestins. Étudions-le successivement dans ses différentes parties, recherchons quel est dans chacune d'elles son degré d'activité, sa force, sa vivacité, etc.

L'œsophage est, de tous les organes, celui où le mouvement péristaltique est le plus manifeste; le nombre et la force des fibres musculaires qui entrent dans la structure de ce canal expliquent du reste l'étendue et l'énergie de sa contraction (*Voyez* OESOPHAGE). Le mécanisme de la déglutition œsophagienne paraît correspondre entièrement à l'idée que s'en forment le plus grand nombre des physiologistes; c'est-à-dire qu'il consiste dans une série de contractions et de dilatations alternatives, depuis la partie supérieure jusqu'à la partie inférieure de ce conduit musculo-membraneux; mais un fait important, c'est que dans les deux tiers supérieurs de l'œsophage, le relâchement des fibres circulaires suit immédiatement la contraction par laquelle elles ont déplacé le bol alimentaire, tandis que le tiers inférieur reste quelques instans contracté après l'introduction des alimens dans l'estomac. M. Magendie a eu l'occasion d'observer que le bol alimentaire remonte quelquefois de l'extrémité inférieure vers le cou, pour redescendre ensuite. Lorsqu'un obstacle s'oppose à la progression ultérieure des matières, ce mouvement se répète un grand nombre de fois avant que l'aliment soit rejeté par la bouche.

Mais la marche du bol alimentaire dans l'œsophage est très-lente, s'il faut en croire le docteur Magendie; et ce physiologiste a vu, dans ses expériences, qu'il fallait deux ou trois minutes avant que le bol ait franchi l'orifice cardiaque. La progression est encore plus lente lorsque le corps étranger a un volume plus considérable que cela n'a lieu ordinairement. Alors il se manifeste une douleur vive que l'on attribue communément à la distension des filets nerveux qui entourent la portion cervicale de ce canal. Il nous semble que le médecin distingué que nous venons de citer a exagéré le temps que l'aliment met à traverser le conduit œsophagien; les expériences qui lui ont donné cette idée nous paraissent être réfutées par la seule inspection de ce qui se passe dans l'état de santé. Lorsque l'on avale un corps un peu chaud, on le sent parcourir toute l'étendue de l'œsophage et arriver dans l'estomac, et la sensation que l'on éprouve à la région épigastrique se manifeste au bout de quelques secondes. Cette sensation déterminée par le contact du calorique nous paraît démontrer en outre que la douleur qui accompagne le passage d'un corps volumi-

neux dans l'œsophage tient autant à la sensibilité propre à ce conduit qu'à la distension des nerfs qui l'entourent.

Lorsque les fibres musculaires de l'œsophage se contractent, la membrane muqueuse qui leur est unie par un tissu cellulaire délié, entraînée par le bol alimentaire, se déplace, et ce déplacement est assez considérable pour qu'elle fasse une saillie, un bourrelet à l'orifice cardiaque au moment où l'aliment est parvenu dans la cavité stomacale.

L'œsophage agit sur les boissons par un mécanisme analogue à celui qui détermine la progression des substances dont la consistance est pâteuse. Le poids doit sans doute être compté pour quelque chose dans la marche de ces liquides; cependant la principale cause de leur déglutition est encore le mouvement péristaltique. Un bateleur attire eu ce moment les curieux de la capitale par un exercice singulier : l'*homme mouche*, tel est le nom qu'il se donne, accroche ses pieds à des sangles fixées au plafond, et reste la tête en bas pendant un quart d'heure, et même davantage. Dans cette position pénible, il mange et boit avec autant de facilité que s'il était dans une position naturelle.

Le mouvement péristaltique de l'œsophage est très-énergique; et, comme le fait remarquer M. Magendie, toutes les fois que sur un animal vivant on introduit le doigt dans l'orifice cardiaque, on est étonné de la vigueur de sa contraction. Il paraît que cette partie du conduit se resserre avec beaucoup plus de force que tous les autres points de son étendue.

L'œsophage ne perd pas la propriété de se mouvoir immédiatement après la mort. C'est même un des organes qui conserve le plus longtemps la motilité organique sensible; celle-ci s'y manifeste encore, soit par le contact des excitans mécaniques, soit par celui des stimulans chimiques, soit par l'action du fluide électrique. Nysten a observé chez un homme décapité que ce viscère creux se contractait sous l'influence galvanique une heure et demie après la mort, et que de toutes les parties du tube digestif, c'était celle qui paraissait être le plus longtemps irritable par l'action de la pile de Volta (*Voyez* GALVANISME). Le même physiologiste a eu l'occasion de remarquer que, chez les animaux, l'œsophage conserve beaucoup plus longtemps son excitabilité galvanique que chez l'homme sur lequel il a pu expérimenter. Cet organe, en effet, soumis à l'action de la pile, s'est contracté chez eux lorsque les muscles locomoteurs avaient cessé d'être excitables, tandis que dans l'homme décapité le phénomène contraire a été observé. Dans des expériences que nous venons de faire tout récemment, et conjointement avec les docteurs Samson et Chantourelle, nous avons même vu que chez la plupart des ani-

maux morts, soit par hémorragie, soit par décapitation, soit par asphyxie, l'œsophage était sensible à l'excitation galvanique longtemps après les différentes parties du cœur, resultat tout à fait différent de celui que Nysten a obtenu. Il est malheureux que ce physiologiste n'ait pas récidivé ces expériences sur des individus de notre espèce, un assez grand nombre de fois, car un seul fait ne peut conduire à des résultats certains.

Le mouvement péristaltique de l'estomac a été appelé péristole; il est loin d'être assez énergique pour triturer les alimens comme les physiologistes mécaniciens le prétendaient. Il paraît très-peu différer de celui qu'exécutent les autres parties du tube digestif. Chez la femme morte à la Charité, par suite d'une fistule stomacale, on remarquait qu'au moment où l'estomac se débarrassait des matières qu'il contenait, ce viscère était le siége d'un mouvement vermiculaire dirigé en deux sens opposés, et de telle sorte qu'il poussait une portion de la masse chymeuse du côté de l'orifice fistuleux, et qu'il en dirigeait une autre partie vers le pylore, qui n'en recevait cependant que la moindre quantité. Cette observation, tout importante qu'elle est, laisse encore beaucoup à désirer; car on ne peut savoir si la lésion dont l'estomac était le siége modifiait ou non le mouvement péristaltique; il y a même lieu de penser que, dans cette circonstance, l'estomac ne se contractait pas comme il le fait habituellement, puisque la plus grande partie des alimens n'était pas portée vers le pylore.

Les expériences sur les animaux vivans ont fait voir au docteur Magendie un mouvement de contraction qui se développe vers le milieu du duodénum à des intervalles plus ou moins éloignés, et se propage assez rapidement du côté du pylore. « Cet anneau, dit-il, se resserre ainsi que la partie pylorique de l'estomac: en vertu de ce mouvement, les matières contenues dans le duodénum sont poussées vers le pylore, où elles sont arrêtées par la valvule, et celles qui se trouvent vers la partie pylorique, sont repoussées en partie vers la portion splénique; mais ce mouvement, dirigé de l'intestin vers l'estomac, est bientôt remplacé par un mouvement en sens opposé, c'est-à-dire qui se propage de l'estomac vers le duodénum, et dont le résultat est de faire franchir le pylore à une quantité de chyme plus ou moins considérable.... Le mouvement qui vient d'être décrit se répète ordinairement plusieurs fois de suite avec des modifications pour la rapidité, l'intensité de la contraction, etc., et puis il cesse pour reparaître au bout de quelque temps. Il est peu marqué dans les premiers momens de la formation du chyme, l'extrémité seule de la partie pylorique y participe. Il augmente à mesure que l'estomac se vide, et vers la fin de la chimification. J'ai plusieurs fois, dit

M. Magendie, vu tout l'estomac y prendre part. Je me suis aperçu qu'il n'est point suspendu par la section des nerfs de la huitième paire. » Cette description est absolument conforme à ce que l'on observe chez les animaux vivans ; on peut seulement se demander si la contraction péristaltique se manifesterait d'une semblable manière dans le cas où l'on n'aurait pas ouvert l'abdomen, où l'air n'aurait pas été en contact avec l'estomac, en un mot dans les circonstances ordinaires. M. le professeur Richerand assure que l'estomac, en se contractant, se redresse sur le pylore, et que l'angle qu'il forme par sa rencontre avec le duodénum se trouve presque complétement effacé, ce qui rend la sortie des alimens plus facile.

L'énergie du mouvement péristaltique de l'estomac est loin d'être aussi considérable que celle dont est susceptible la contraction œsophagienne. On peut même remarquer que, de toutes les parties du tube alimentaire, c'est le ventricule dont les mouvemens sont le moins développés. Il paraît que les substances liquides qui n'ont pas été absorbées dans l'estomac sont portées dans le duodénum par un mécanisme analogue à celui qui provoque la progression du chyme. Le poids doit-il être compté comme une des causes qui déterminent la marche de ces substances? Il peut sans doute la favoriser, mais il n'agit que secondairement : car il est des individus qui dorment aussi bien couchés sur le côté gauche que sur le côté droit, et cependant le chyme n'en suit pas moins sa marche naturelle.

Le mouvement dont l'estomac est susceptible ne se conserve pas si longtemps après la mort que celui dont l'œsophage est le siége. Les parois stomacales cessent promptement d'être excitables, soit chez les animaux, soit chez l'homme. Nysten a trouvé chez celui-ci qu'elles n'étaient pas sensibles au galvanisme cinquante minutes après la décapitation. Le mouvement antipéristaltique de l'estomac et de l'œsophage devient quelquefois très-marqué après la mort, sans qu'il ait été excité par des agens appréciables. Il est dans certains cas assez développé pour faire remonter les alimens dans la bouche des cadavres, au point que cette cavité s'en trouve remplie : ce fait, joint à tant d'autres, prouve que l'estomac n'est pas passif dans les phénomènes du vomissement, comme on a été porté à le croire.

Le mouvement péristaltique de l'intestin grêle ne présente rien de remarquable, et tout ce que nous avons dit de ce mode de contraction, envisagé en général, trouve ici parfaitement sa place. Nous ferons seulement observer que ce mouvement est très-lent, et qu'il ne se succède pas sans interruption depuis le pylore jusqu'au cœur, mais qu'il se manifeste sur un point, puis sur un autre ; ce qui nous porte à croire que les matières qui touchent à l'intestin n'éveillent sa sensibilité,

qu'après avoir été quelque temps en contact avec lui. Au moment où la contraction s'opère, les courbes intestinales se redressent, et, comme le dit M. le professeur Richerand, elles semblent se décomposer en un grand nombre de lignes droites qui ont peu de longueur et se rencontrent sous des angles très-ouverts.

Le mouvement péristaltique des intestins n'a pas autant de force que celui de l'œsophage, mais paraît être plus énergique que celui de l'estomac : les intestins grêles n'ayant pas à faire remonter les substances alimentaires contre les lois de la pesanteur, n'avaient pas besoin de déployer une vigueur de contraction considérable.

Une chose bien digne de fixer l'attention, c'est que l'activité de ce mouvement intestinal est singulièrement augmentée chez un animal récemment mort : aussi ne peut-on pas prendre une juste idée de ce qui a lieu pendant la vie, si on examine les viscères sur des chiens qui viennent d'expirer. Il semble que, dans ce cas, la vie se transporte sur les organes intérieurs, et qu'elle y devienne plus active au moment où elle abandonne les organes des sens. C'est ici une nouvelle preuve qu'il faut tenir compte d'une multitude de circonstances dans les expériences que nous avons occasion de faire, car sans cette sage circonspection, on ne peut être jeté que d'erreur en erreur.

Mais si l'activité du mouvement des intestins grêles est augmentée à la mort, il ne tarde pas à cesser entièrement de se manifester. Les organes cessent même bientôt de se contracter sous l'influence des stimulans divers que l'on peut appliquer sur eux. Nysten a observé, que chez l'homme décapité sur lequel il a fait ses expériences galvaniques, cette portion du tube digestif avait perdu quelque temps avant l'estomac, la propriété de se contracter. Nous avons remarqué le contraire dans les expériences que nous avons faites sur les animaux.

Le mouvement péristaltique des gros intestins diffère de celui des intestins grêles, en ce qu'il est plus développé et en ce qu'il s'exécute avec plus d'énergie. La contraction, suivant la longueur, doit y être beaucoup plus considérable que dans les organes précédens ; car les trois bandes de fibres charnues qui s'y font remarquer ont beaucoup plus de force que les fibres longitudinales de l'intestin grêle. Les fibres circulaires étant aussi plus développées, il en résulte que le mouvement de compression suivant l'axe doit être aussi plus énergique. Cela était nécessaire pour deux causes : d'abord les matières contenues dans le cœcum ont à monter contre leur propre poids dans le colon ascendant, tandis, que dans toutes les autres parties des intestins, elles se portent de haut en bas ou transversalement ; en second lieu, leur progression doit être beaucoup plus difficile, parce qu'elles ont acquis une consistance

qu'elles n'avaient pas auparavant. On peut se faire une idée de l'énergie du mouvement péristaltique, lorsqu'on se rappelle qu'une balle de plomb, et même du mercure coulant, peuvent remonter par un semblable mécanisme toute l'étendue du colon ascendant; la solidité et la pesanteur des fèces sont tellement défavorables pour leur progression, que celle-ci paraît être plus lente dans les gros intestins que dans les intestins grêles, malgré le volume des fibres musculaires qui entrent dans la structure des viscères qui forment la dernière portion du conduit alimentaire.

La contraction péristaltique des gros intestins s'exécute avec plus de facilité sur les liquides et sur les gaz; elle est même promptement excitée par les premiers, et on sait qu'un clystère poussé dans le rectum et le colon, excite promptement l'action de ces viscères. Ce mouvement paraît s'arrêter, lorsqu'on a surmonté pendant quelque temps le besoin que l'on éprouve; mais bientôt la contraction péristaltique se manifeste avec une nouvelle violence, et on est alors obligé d'évacuer les liquides que l'on a ainsi injectés. Quant aux gaz, ils sont quelquefois portés avec la plus grande rapidité d'une partie du tube à l'autre, et dans cette circonstance il paraît que la contraction se succède de proche en proche, et immédiatement dans une grande étendue du canal alimentaire: car on sent bien distinctement, dans certains cas, les gaz être portés dans le colon ascendant, le colon transverse, etc., et déterminer bientôt le besoin de la défécation.

Le mouvement péristaltique du rectum a encore plus de force que celui du colon ou du cœcum; cela devait être, parce que les matières qui parviennent dans le dernier des gros intestins y acquièrent un très-haut degré de solidité. Cette contraction seule suffit quelquefois pour vaincre la résistance habituelle du sphincter de l'anus, et pour expulser les gaz ou les liquides. Dans le plus grand nombre des cas, l'action du rectum se complique de celle des muscles abdominaux; mais ce n'est pas ici le lieu d'étudier ce phénomène sympathique (*Voyez* DÉFÉCATION, DIGESTION). La membrane muqueuse du rectum, comme celle de l'œsophage, se détache jusqu'à un certain point de la musculeuse; elle est poussée au devant de celle-ci, et vient faire saillie à l'anus lors de l'excrétion des matières fécales. Il paraît au reste que ce phénomène a lieu dans toute l'étendue du conduit, car dans les anus contre nature la même chose peut être observée.

Les gros intestins sont de toutes les parties du tube alimentaire celles où la motilité cesse le plus promptement d'être excitable sur le cadavre. Nysten a vu que ces organes n'étaient plus sensibles à l'action de l'électricité chez l'homme quarante-cinq minutes après la mort. C'est à la permanence du mouve-

ment péristaltique des gros intestins chez les individus qui viennent d'expirer, que sont dues les évacuations de matières fécales et de gaz, qui surviennent souvent quelques instans après que le malade a succombé.

Nous avons étudié le mouvement péristaltique dans les différens organes où il est généralement reconnu; mais nous croyons que ce ne sont pas les seules parties où il s'exécute. Il est plus probable qu'il se manifeste à peu près de la même manière dans les conduits excréteurs, tels que les uretères, les conduits hépathique, cystique, cholédoque, le conduit de Sténon, etc., et peut-être que la contraction des petits vaisseaux a la plus graude analogie avec lui; car la nature semble, dans toutes ses opérations, se servir de moyens analogues dont elle tire souvent des effets très-différens.

Quelles sont les causes qui peuvent déterminer le mouvement qui nous occupe? D'abord nous ne pouvons remonter jusqu'à la cause première de cette contraction. Probablement l'intestin exécute un mouvement, parce que ses molécules composantes sont disposées de telle sorte qu'il puisse se mouvoir; mais nous ignorons quelle est cette disposition des molécules, nous sommes forcés de dire que la propriété de se contracter lui est inhérente; mais, passé cela, tout ce que nous ajouterions ne serait que des hypothèses. Quant aux causes secondaires, c'est-à-dire celles qui mettent la propriété en exercice, il est évident que les différens stimulans qui sont appliqués sur cet organe provoquent sa contraction péristaltique. La bile, les alimens, les boissons, les gaz, les purgatifs sont essentiellement dans ce cas sur le vivant, et remarquons ici que la substance qui provoque la contraction n'agit pas toujours sur les fibres musculaires elles-mêmes, mais bien sur la membrane muqueuse qu'elle excite. Cette excitation est ressentie en vertu d'une relation sympathique par la membrane musculeuse qui entre alors en contraction. Cela a surtout lieu pour les purgatifs, et doit être soigneusement noté dans la pratique. Indépendamment des mouvemens dont les intestins sont le siége, lorsque des stimulans sont appliqués sur eux, sont-ils encore susceptibles d'en exécuter spontanément? C'est ce qu'il est fort difficile de savoir, car ces substances stimulantes qu'ils contiendraient pourraient ne pas être aperçues quoiqu'elles fussent réellement en contact avec eux. Nous avons déjà vu qu'après la mort, le mouvement péristaltique peut être provoqué par le contact de l'air, par l'application d'un instrument piquant ou dilacérant, par des irritans chimiques, par l'application du fluide électrique.

Dans l'état de santé parfaite, le mouvement dont nous nous occupons se fait entièrement à notre insu, il n'est accompagné d'aucune sensation perçue; il n'est pas non plus sous l'empire

de la volonté, et il ne nous serait pas plus possible de faire mouvoir les intestins que de déterminer volontairement le resserrement ou la dilatation des oreillettes ou des ventricules du cœur.

Les maladies apportent des modifications remarquables dans le mouvement péristaltique. Une irritation légère de la membrane muqueuse intestinale lui donne plus d'énergie. C'est de cette manière qu'agissent, comme nous l'avons vu, les substances purgatives. Souvent dans les phlogoses intestinales peu intenses, les alimens franchissent avec la plus grande facilité et avec la plus grande promptitude toute l'étendue du tube digestif, tant la contraction qui nous occupe est augmentée. Comme il arrive souvent dans ce cas qu'il y a des gaz de produits, ils parcourent les intestins, et font entendre le bruit que l'on désigne sous le nom de borborygmes. L'irritation de la membrane muqueuse, ayant alors changé de sensibilité, le mouvement péristaltique devient plus ou moins douloureux. Lorsque la phlegmasie acquiert un plus haut degré d'intensité, elle met quelquefois obstacle à la contraction, et de là résulte que, dans certaines inflammations du tube alimentaire, il ne se manifeste ni coliques ni borborygmes.

Les altérations organiques des différentes parties du tube digestif déterminent des modifications non moins remarquables dans le mouvement péristaltique : tantôt cette contraction est activée, d'autres fois elle est ralentie, et, dans d'autres circonstances, l'ordre dans lequel elle a lieu est interverti. Lorsqu'une partie du conduit alimentaire est ulcérée, il arrive fréquemment que les contractions péristaltiques sont plus énergiques dans toute la longueur du conduit. Les dégénérations diverses dont les intestins peuvent être affectés, rendent tantôt plus précipitée, d'autres fois plus lente la marche des matières dans le canal qu'elles parcourent : si ces lésions sont portées au point de présenter un obstacle au passage des substances qui doivent les franchir : alors les intestins se contractent au-dessus d'elles avec violence, comme si ces organes cherchaient à surmonter la résistance qui s'oppose à la progression ultérieure du chyme. Mon confrère et mon ami M. le docteur Chantourelle donne en ce moment ses soins à une dame atteinte d'une affection squirreuse du colon transverse. Cette dame sent très-distinctement les matières arriver jusqu'au rétrécissement, les intestins se contracter, la tumeur être poussée par les matières, et le mouvement récidiver jusqu'à ce qee l'obstacle soit surmonté. Dans d'autres cas, au contraire, la contraction péristaltique est singulièrement ralentie : c'est ce qui a spécialement lieu dans certains cas de squirre du pylore, quoique les alimens puissent traverser cette ouverture, les malades ne vont que très-rarement et très-laborieusement à la

garde-robe. Enfin l'ordre des contractions intestinales peut être entièrement interverti par une altération organique : dans ce cas, les matières, loin d'être portées de la partie supérieure vers la partie inférieure du tube sont, au contraire, dirigées de la partie inférieure vers la supérieure, c'est ce qu'on appelle mouvement antipéristaltique.

Dans celui-ci, les fibres circulaires inférieures de l'intestin entrent en action avant les supérieures : ici l'ordre qu'on observe n'est pas encore régulier; ce sont encore des espèces d'ondulations, mais dont il résulte que les substances alimentaires tendent à remonter vers la partie buccale du conduit: le plus souvent ce mouvement ne commence qu'à l'estomac, et s'étend jusqu'au pharynx; mais, dans certains cas, les intestins grêles exécutent de semblables contractions qui se continuent de proche en proche jusqu'à la bouche. Pour que le vomissement s'opère, les muscles abdominaux ajoutent leur action à celle des fibres musculaires de l'estomac et de l'œsophage (*Voyez* VOMISSEMENT). On se demande si la valvule de Bauhin empêche toujours les fèces de remonter dans les intestins grêles en vertu du mouvement antipéristaltique. Il est des observations qui sembleraient prouver que la résistance peut être surmontée, puisqu'on a vu des matières absolument analogues à celles qui sont habituellement contenues dans les gros intestins, être rendues par le vomissement; mais, dans ce cas, la valvule iléo-cœcale n'était-elle pas détruite soit en partie, soit en totalité?

Le nom de mouvement antipéristaltique est peu convenable pour désigner la série de contractions qui nous occupent; car elles ne sont autre chose que le mouvement péristaltique lui-même, si ce n'est qu'il a lieu dans un sens inverse. Le mot rétro-péristaltique nous paraîtrait préférable, si l'usage ne faisait prévaloir l'ancienne expression.

C'est surtout lorsqu'un obstacle insurmontable s'oppose au passage du chyme ou des fèces, que le mouvement antipéristaltique devient manifeste et énergique dans une valvule, dans une hernie étranglée, dans une oblitération complette de la cavité intestinale : il s'exécute avec une telle violence que les substances remontent à chaque instant vers l'estomac, et déterminent des vomissemens continuels. C'est ici un phénomène de sympathie de continuité des plus curieux, et qui nous montre l'étroite dépendance dans laquelle sont les unes des autres les différentes parties du tube digestif.

Il est des circonstances dans lesquelles le mouvement péristaltique naturel et le mouvement antipéristaltique s'exécutent à la fois dans deux parties du conduit alimentaire. C'est ainsi que, dans l'affection que l'on désigne sous le nom de *cholera morbus*, les intestins grêles font remonter vers l'estomac les

matières qu'ils contenaient, tandis que les gros intestins se livrent à leurs contractions naturelles qui, dans ce cas, sont cependant très-activées.

Il est certaines affections du tube digestif dans lesquelles le mouvement péristaltique s'exécute avec la plus grande difficulté, et paraît même se supprimer ; c'est ce qui arrive spécialement lors de l'empoisonnement par des oxydes ou des sels de plomb, connu sous le nom de *colique des peintres*.

L'accumulation des gaz dans l'intérieur des intestins agit sur eux de différentes manières. Nous avons vu qu'elle provoquait le mouvement péristaltique lorsqu'elle était peu considérable ; mais lorsqu'elle est portée à un très-haut point, elle semble paralyser la motilité du conduit alimentaire. On voit en effet que, dans la tympanite intestinale portée à un très-haut degré, les malades ne peuvent rejeter au dehors les gaz qui se sont amassés dans le tube digestif. Cela paraît dû à ce que la contractilité de celui-ci a été suspendue par la distension qu'il a éprouvée. On sait en effet que rien n'est plus propre à anéantir la propriété contractile dans un organe que l'extension des fibres qui le composent. Cela est vrai pour la vessie remplie outre mesure par l'urine, pour l'estomac dilaté par une trop grande quantité d'alimens, et pour les intestins distendus à un très-haut point par le gaz.

Les maladies qui ont leur siége dans les organes autres que les intestins, peuvent modifier les mouvemens de ceux-ci : c'est ainsi qu'un obstacle à la sécrétion biliaire rend le mouvement péristaltique plus lent et plus difficile. Dans ce cas, la bile, ne se rendant plus dans les intestins, ne les excite plus à agir. Remarquons cependant que les contractions péristaltiques peuvent encore avoir lieu, ce qui prouve que l'usage attribué généralement au principe amer de la bile de déterminer les contractions intestinales, est loin d'être appuyé sur des bases solides.

Les affections du cerveau et de la moelle épinière portent une influence remarquable sur le mouvement péristaltique. On sait en effet que, dans la paralysie ou l'apoplexie, les purgatifs doivent être donnés à des doses beaucoup plus fortes pour déterminer la même action. Au premier abord, ce fait semblerait propre à prouver que le principe des contractions intestinales serait, comme les expériences de Legallois l'ont fait admettre, pour le cœur, dans le système nerveux cérébral. Cependant nous ferons, à ce sujet, une remarque qui ne nous paraît pas dénuée d'intérêt, c'est que, comme nous l'avons déjà dit, les purgatifs agissent sur la membrane muqueuse et non sur la musculeuse; que la contraction péristaltique qui suit leur administration, est le résultat de la rela-

tion sympathique qui existe entre les deux membranes, et qu'il serait possible que la sensibilité de la membrane muqueuse fût altérée par le désordre des fonctions cérébrales, et que les fibres musculaires ne le fussent pas. Ce qui semblerait appuyer cette opinion, c'est que les paralytiques, les apoplectiques sont très-souvent affectés de diarrhées qui les forcent à aller très-souvent à la garde-robe; qu'en un mot il paraît que, dans un grand nombre de cas, le mouvement péristaltique est altéré chez eux plutôt en plus qu'en moins.

Ce n'est pas ici la seule circonstance dans laquelle des modifications survenues dans les fonctions du cerveau, impriment des changemens dans le mécanisme ordinaire du mouvement péristaltique. On sait, en effet, qu'une impression morale vive, telle que la frayeur, le provoque fréquemment, et détermine ainsi une excrétion involontaire. (P.-A. PIORRY)

PÉRISTAPHYLIN, adj., *peristaphylinus :* qui est autour de la luette. En anatomie, on donne ce nom à deux muscles qui concourent à former le voile du palais.

Muscle péristaphylin interne. M. Chaussier l'appelle *pétro-staphylin*; Sœmmerring, *musculus levator palati mollis.* Ce muscle grêle, allongé, arrondi en bas, est situé sur les côtés de l'ouverture postérieure des fosses nasales. Il s'implante par de courtes aponévroses à la face inférieure du rocher, au devant de l'orifice externe du canal carotidien et à la partie voisine du fibro-cartilage de la trompe d'Eustache; de là il descend obliquement en dedans, gagne le voile du palais, dans l'épaisseur duquel il se termine, en se confondant avec celui du côté opposé, avec le palato-staphylin et un peu avec le pharyngo-staphylin. Il correspond en dehors au péristaphylin externe qu'il côtoie, et au constricteur supérieur; en dedans, à la membrane pharyngienne. Ce muscle élève le voile du palais, de manière à l'appliquer contre les ouvertures postérieures des fosses nasales.

Muscle péristaphylin externe. M. Chaussier l'appelle *ptérygo-staphylin ;* Sœmmerring, *musculus circumflexus palati.* Placé dans le voile du palais et le long de la fosse ptérygoïde, ce muscle est allongé, aplati, réfléchi sur lui-même. Il s'implante à la partie supérieure de la fosse ptérygoïde et à la partie voisine du cartilage de la trompe d'Eustache par des fibres aponévrotiques très-sensibles; de là il descend verticalement le long du bord postérieur de l'aile interne de l'apophyse ptérygoïde, et se contourne sous le crochet qui la termine, après avoir dégénéré en une aponévrose qui se fronce sur elle-même au moment de cette réflexion, et qui est retenue en position par un très-petit ligament. Une petite capsule synoviale en facilite le mouvement, après quoi elle change de direction, se porte

horizontalement en dedans, s'épanouit dans l'épaisseur du voile du palais, au devant du muscle péristaphylin interne, et vient, en s'unissant à celle du côté opposé, s'attacher à la crête transversale qu'on remarque sur la face inférieure de la portion horizontale du palatin.

Ce muscle, dans sa portion perpendiculaire, se trouve placé entre le ptérygoïdien interne, qui est en dehors, la lame interne de l'apophyse ptérygoïde et le constricteur supérieur, qui sont en dedans. Sa portion horizontale occupe l'épaisseur du voile.

Ce muscle tend le voile du palais horizontalement, et peut dilater la trompe d'Eustache, comme le pense Haller. (M. P.)

PÉRISTAPHYLO-PHARYNGIEN, adj., *peristaphylo-pharyngeus:* nom de deux muscles situés entre la luette et le pharynx. *Voyez* PHARYNGO-STAPHYLIN. (M. P.)

PÉRISTOLE, s. f., *peristole.* Ce mot signifie parfois, dans les auteurs, le mouvement propre aux intestins, et alors il est synonyme de péristaltique; d'autres fois, il est employé comme l'équivalent de force contentrice. (F. V. M.)

PÉRISTOME, s. f., *peristoma.* Sous ce nom, auquel les anciens anatomistes ont donné différentes acceptions, on entend la membrane qui revêt l'embouchure intestinale des vaisseaux chyleux, laquelle fait partie de la muqueuse (*Voyez*, sur ce sujet, les ouvrages de Bartholin). Castelli observe qu'il vaudrait peut-être mieux dire *péristrome*, qui enveloppe. (F. V. M.)

PÉRISYSTOLE, s. f., *perisystole*, de περι, au-delà, et συστολη, contraction. On désigne sous ce nom le temps qui s'écoule entre la systole et la diastole, c'est-à-dire entre la contraction des oreillettes et celle des ventricules. Ce temps est de quelques secondes dans l'état sain; mais, dans quelques maladies du cœur, il est nul, parce qu'il y a parfois trois et quatre contractions des oreillettes pour une des ventricules. (F. V. M.)

PÉRITOINE, s. f., *peritoneum*, dérivé de περι, autour, et de τεινω, je tends. Une membrane très-mince, très-blanche, translucide, revêt la surface interne des parois abdominales, se réfléchit sur la plupart des viscères qu'elles contiennent, et forme, en se portant sur ces viscères, des replis, des ligamens d'une espèce particulière, qui les assujettissent dans leur position : cette membrane est le péritoine. Il remplit encore d'autres usages que ceux qui viennent de lui être reconnus : plusieurs vaisseaux sanguins lui doivent un appui; quelques physiologistes ont pensé que certaines parties de cette membrane séreuse avaient des usages relatifs à la digestion et à la circu-

lation abdominale. C'est un vaste sac, sans ouverture dans l'homme, percé, chez la femme, d'une étroite ouverture, au niveau du pavillon de la trompe de Fallope, et dont la surface intérieure, partout en contact avec elle-même, exhale un fluide séreux qui la lubrifie. C'est une enveloppe commune à la plupart des viscères abdominaux, qui, cependant, sauf quelques exceptions, n'en sont pas revêtues dans toute leur étendue ; il est à l'abdomen ce que la plèvre est à la poitrine, l'arachnoïde à l'intérieur du crâne.

Trajet du péritoine. Pour faciliter l'étude du trajet du péritoine, les anatomistes sont convenus de le diviser abstractivement en trois portions, nommées, d'après leur position, ombilicale, hypogastrique et épigastrique.

1°. *Trajet de la portion ombilicale du péritoine.* Nous la supposerons partir de l'ombilic, et de là se déployer circulairement sur la circonférence du milieu de la cavité de l'abdomen. Le péritoine tapisse en avant la face interne de la paroi antérieure de l'abdomen, ferme l'orifice interne du conduit ombilical, et contracte d'assez fortes adhérences autour de cet orifice avec l'aponévrose abdominale. De là, il se dirige à gauche et à droite, et revêt, en le supposant partir dans le premier sens et décrire un trajet circulaire, le colon lombaire gauche, autour duquel il forme un repli nommé *mésocolon lombaire gauche*, les faces antérieure et latérales du rein gauche, audessus duquel il forme, conjointement avec l'épiploon *gastro-colique*, un repli transversal qui correspond à l'extrémité inférieure de la rate, les uretères, les vaisseaux spermatiques et rénaux, passe audessous de l'intestin grêle jusqu'au devant de l'intestin grêle, revient sur lui-même, passe au devant du même intestin, qu'il enferme ainsi dans un repli immense; se dirige de nouveau vers la colonne vertébrale, où il s'adosse contre lui-même, continue son trajet à droite ; se conduit ici comme du côté gauche, et parvient enfin à son point de départ, au niveau de la région ombilicale, sur la face postérieure de la ligne blanche : tel est le trajet circulaire de la portion moyenne ou ombilicale du péritoine.

L'orifice interne du canal ombilical n'est pas si solidement fermé par cette membrane séreuse qu'il ne puisse être traversé par une anse d'intestin ou une portion d'épiploon. L'époque à laquelle les hernies ombilicales sont les plus fréquentes, est celle des premiers mois de l'existence de l'enfant. Les viscères abdominaux poussent quelquefois devant eux une portion du péritoine à travers un éraillement des fibres aponévrotiques, qui circonscrivent l'anneau ombilical. Le péritoine forme, chez l'enfant de quelques mois et le fœtus, au niveau de l'anneau ombilical, un entonnoir ou enfoncement conique, dont la base

correspond à l'intérieur de l'abdomen, et le sommet au cordon ombilical. Beaucoup de hernies ombilicales n'ont point de sac.

2°. *Trajet circulaire de la portion hypogastrique du péritoine.* Elle revêt la face interne des muscles droits; mais seulement sa partie supérieure descend sur la vessie, dont elle tapisse les faces antérieure latérales et postérieure; mais, avant d'arriver à ce viscère, elle remonte et enveloppe l'ouraque et les deux artères ombilicales, qui, la soulevant un peu, lui font former trois petits replis. La portion hypogastrique du péritoine ne doit pas se comporter de la même manière chez la femme et chez l'homme. Chez la femme, elle abandonne la face postérieure de la vessie pour revêtir le vagin, au devant duquel elle se replie deux fois, tapisse la face antérieure, le bord supérieur et la face postérieure de l'utérus, s'étend à droite et à gauche pour former les ligamens larges de l'utérus, et gagne le rectum, au-delà duquel elle se comporte comme chez l'homme. Indiquons son trajet chez celui-ci depuis le point où elle a quitté la vessie. Elle recouvre la base des vésicules séminales, et se réfléchit sur le rectum, qu'elle tapisse en avant et sur les côtés. C'est entre la vessie et le rectum que cette portion du péritoine forme les deux replis semi-lunaires, séparés par un enfoncement assez profond, que l'on nomme ligamens postérieurs de la vessie, et derrière l'intestin; qu'en se repliant sur elle-même, elle constitue le *méso-rectum*, qui se continue en haut avec le *mésocolon* iliaque. Au-delà du rectum, le péritoine, dans les deux sexes, tapisse la partie antérieure de l'articulation sacro-vertébrale, et se prolongeant sur les côtés de cette région, revêt les fosses iliaques; à droite le cœcum et son appendice, qu'il enferme dans un repli nommé méso-cœcum; à gauche, l'S du colon qu'il assujettit en l'embrassant dans un repli nommé méso-colon iliaque; en avant, la face postérieure du ligament de Fallope, et les deux enfoncemens désignés par le nom de fosses inguinales, dont l'externe, plus grande, est ordinairement de forme triangulaire; enfin, en arrière, le péritoine se réunit aux mésocolons lombaires.

Le péritoine tapisse une grande partie du bas-fond de la vessie, l'utérus, et la partie antérieure du rectum. L'écartement de ces deux derniers viscères laisse entre eux un petit enfoncement. Si les viscères abdominaux pressent fortement la portion de péritoine qui la tapisse, ils triomphent de sa résistance, la chassent devant eux, et viennent saillir à la partie antérieure ou postérieure du vagin. Comme un plus grand intervalle sépare l'utérus du rectum que de la vessie, les hernies vaginales postérieures sont moins rares que les antérieures.

Les hernies périnéale et sciatique ont aussi une enveloppe formée par le péritoine; il en est de même de l'obturatrice.

On peut pénétrer par divers points dans l'intérieur des viscères abdominaux sans ouvrir le péritoine: Cette membrane séreuse se réfléchit de la partie postérieure de la vessie sur la face antérieure du rectum, en formant un cul de sac; au-dessous de ce repli, on peut, sans blesser le péritoine, pénétrer facilement par le rectum dans la vessie. Flurant a pris cette route pour vider la vessie trop distendue par les urines. On n'incise pas le péritoine dans les nombreux procédés opératoires qui composent la méthode *latéralisée* de la lithotomie. En avant, le péritoine se réfléchit du tiers moyen environ du muscle droit sur la partie antérieure et supérieure de la vessie; il est donc facile d'ouvrir ce viscère dans cette région sans inciser le péritoine. De même, sur les côtés, le péritoine ne recouvre pas une certaine étendue de la face postérieure des reins, et d'une portion du gros intestin.

Il est appliqué sur les ouvertures naturelles de la paroi antérieure de l'abdomen : il ferme, et le canal crural, et le canal inguinal; mais il n'oppose pas toujours une barrière invincible aux viscères abdominaux. Le bubonocèle commence à l'orifice interne du canal inguinal, dans le point où le cordon spermatique passe sous le bord inférieur du muscle transverse; le péritoine présente naturellement dans ce lieu un petit enfoncement semblable à un entonnoir qui, lorsque la hernie se forme, commence le sac herniaire.

3°. *Trajet de la portion épigastrique du péritoine.* Nous le considérerons à droite, à gauche et au milieu. *A droite*, le péritoine revêt une partie de la face inférieure du diaphragme, se réfléchit sur le bord postérieur du foie, en formant un repli nommé ligament coronaire, tapisse toute la surface supérieure du foie, qu'il divise en deux parties inégales par un repli de forme triangulaire, nommé ligament suspenseur du foie, et qui, adhérant en haut au diaphragme, se prolonge en bas avec un autre repli nommé faux de la veine ombilicale. Des deux feuillets qui constituent le ligament suspenseur du foie, l'un, dirigé à gauche, se réfléchit, revêt la face inférieure du lobe gauche, forme près du bord postérieur de cet organe un repli nommé ligament latéral gauche du foie, et le feuillet antérieur de l'épiploon gastro-hépatique; de là, il se porte sur la face antérieure de l'estomac qu'il recouvre en entier. Le feuillet droit se conduit de la même manière : il se réfléchit, et revêt la face inférieure du grand lobe, tapisse la vésicule biliaire, se replie pour former le ligament latéral droit du foie, et enfin s'avance sur le colon en passant au devant du duodénum.

A gauche, la portion épigastrique du péritoine tapisse, dans

une étendue considérable, la face inférieure du diaphragme, pénètre jusqu'à la colonne vertébrale, se réfléchit de ce point sur les vaisseaux spléniques et la rate, qu'il revêt entièrement, excepté en arrière, concourt à former l'espèce de ligament nommé petit repli de la rate, passe au devant des vaisseaux spléniques, arrive à l'estomac, et se réunit au feuillet antérieur du grand épiploon.

Au milieu, la portion épigastrique du péritoine se porte du diaphragme sur la face antérieure de l'estomac et les vaisseaux gastro-épiploïques, se prolonge jusqu'à la partie inférieure de la cavité abdominale, se réfléchit de bas en haut, remonte jusqu'à l'arc du colon, revêt la face inférieure de cet arc, s'enfonce sous le pancréas et le duodénum, et se réunit enfin à l'un des feuillets du mésentère.

Cette portion du péritoine fournit quelquefois un sac aux hernies diaphragmatiques; on l'a vue déchirée plusieurs fois dans des cas de rupture du diaphragme.

Hiatus de Winslow et arrière-cavité péritonéale. Indépendamment de la grande cavité dans laquelle sont contenus la plupart des viscères abdominaux, le péritoine forme un grand enfoncement, une cavité profonde, terminée par un cul de sac, que l'on nomme *arrière-cavité péritonéale*; elle communique avec le grand sac sans ouverture dont nous avons donné la descriptiou, par une ouverture triangulaire (*hiatus de Winslow*) d'un pouce de diamètre, placée audessous du col de la vésicule biliaire, audessus du mésocolon transverse, derrière l'estomac. On a comparé très-judicieusement l'arrière-cavité péritonéale à l'arachnoïde intérieure; elle est formée, en avant et de haut en bas, par l'épiploon gastro-hépatique, la face postérieure de l'estomac, et les deux lames du feuillet antérieur du grand épiploon; en arrière et de haut en bas, par le feuillet supérieur du mésocolon transverse, la face supérieure de l'arc du colon, et les deux lames du feuillet postérieur du grand épiploon. Le feuillet du péritoine qui a formé la lame antérieure de l'épiploon gastro-hépatique, pénètre dans l'hiatus de Winslow en s'adossant contre lui-même, et en enfermant dans ce repli les conduits cystique, hépatique et cholédoque, et les vaisseaux hépatiques, pyloriques et coronaires stomachiques. Il revêt la face postérieure des vaisseaux biliaires, et forme la lame postérieure de l'épiploon gastro-hépatique (l'antérieure est un prolongement du péritoine qui a revêtu la surface concave du foie), tapisse la face postérieure de l'estomac, se réunit au feuillet qui a revêtu la face antérieure de ce viscère, descend avec lui jusqu'au bord inférieur du grand épiploon, et avec elle encore se réfléchit, et remonte vers le bord convexe de l'arc du colon. Là, il quitte ce feuillet, forme

le feuillet supérieur du mésocolon tranverse en recouvrant la face supérieure de l'arc du colon, remonte au devant du duodénum, des appendices du diaphragme et de la veine cave, sort enfin par l'hiatus de Winslow, et termine son trajet au sillon transversal du foie.

Les replis formés par le péritoine ont été décrits, ou le seront, dans plusieurs articles de ce Dictionaire. *Voyez* ÉPIPLOON, FOIE, MÉSENTÈRE, MÉSOCOLON, RECTUM, VESSIE, etc.

Rapports du péritoine. Par l'une de ses faces, celle qui est interne, le péritoine est de toutes parts en contact avec lui-même; un fluide séreux la lubrifie sans cesse; elle est très-lisse, très-polie. En dehors, le péritoine recouvre les viscères abdominaux, et contracte avec eux des adhérences plus ou moins grandes. Ces adhérences sont très-fortes sur le foie, la rate, les intestins, le duodénum excepté; quelques viscères ont autour de leur circonférence des replis qui se prêtent aux variations qu'éprouve leur capacité : ceux-là ne sont pas intimement unis à la membrane séreuse dans toute leur étendue. Il y a entre le péritoine, les reins et les régions lombaires une grande quantité de tissu cellulaire graisseux. Plusieurs de ses replis en contiennent une quantité plus considérable encore. Le péritoine n'est percé en aucun lieu; il est partout replié autour des vaisseaux et des viscères de l'abdomen : c'est, a-t-on dit, un grand sac sans ouverture, déployé sur ces différentes parties; quelques anatomistes se sont flattés de disséquer ce sac, et de l'enlever sans l'ouvrir.

Fonctions du péritoine. Elles ont été indiquées d'une manière générale au commencement de cet article. Cette membrane séreuse déployée autour des viscères abdominaux, les assujétit dans leur position respective, facilite leurs mouvemens, fortifie leurs parois en s'unissant à elles. On a pensé que la sérosité qui est exhalée sur sa face interne prévenait les froissemens des viscères abdominaux, s'opposait à leur inflammation, à leurs adhérences. Cette explication mécanique des usages de la sérosité du péritoine ne paraît pas très-satisfaisante : celle qui lubrifie l'arachnoïde est de la même nature, et cependant il n'y a pas dans l'intérieur du crâne comme dans l'abdomen, des viscères qui se meuvent continuellement les uns sur les autres, et cependant l'arachnoïde exhale, toute proportion gardée, une quantité aussi grande de sérosité que le péritoine. La sérosité qui lubrifie cette dernière membrane séreuse est exhalée et absorbée avec beaucoup d'activité; plusieurs verres d'eau versés dans la cavité abdominale d'un chien vivant ont été en peu de temps absorbés et rendus par les urines. Beaucoup d'expériences de ce genre ont été faites par Musgrave et M. Portal. Il est probable que le péritoine, qui jouit d'une si

grande irritabilité, qui est en contact avec la plupart des viscères abdominaux par de très-larges surfaces, qui est le siége d'une exhalation et d'une absorption très-actives, a d'autres usages que ceux de former une enveloppe aux viscères abdominaux, et de prévenir les effets funestes de leurs frottemens. Quels sont ces usages? Sont-ils différens dans les diverses portions du péritoine, qui revêt tant de viscères et d'organes différens? Identique dans sa structure, le péritoine doit remplir partout les mêmes fonctions; cependant ses grands replis, les épiploons, les mésentères paraissent appelés à des usages particuliers qu'on ne connaît point encore d'une manière positive (*Voyez* ÉPIPLOON). Il est beaucoup plus facile, en physiologie, de détruire que d'édifier.

Plusieurs viscères abdominaux ne sont pas enveloppés dans toute leur étendue par le péritoine; on ne trouve point cette membrane à la face inférieure de la vessie, dans une partie de la face antérieure inférieure du rectum, derrière les reins, au bas des muscles droits, et le chirurgien peut attaquer ces viscères et organes par tous ces points, sans pénétrer dans la cavité abdominale. Voilà une singularité dans la distribution du péritoine, dont il est difficile de rendre raison.

Maladies du péritoine. Les maladies du péritoine sont assez multipliées : le grand développement de son irritabilité, ses connexions avec la plupart des viscères abdominaux, l'activité de l'exhalation séreuse qui se fait sur sa face interne, sont autant de causes de ces maladies. Il n'est pas certain que les anciens les aient bien connues; on chercherait en vain dans leurs écrits des idées positives sur la péritonite simple, sur les changemens que le péritoine éprouve dans les hernies anciennes, et sur les divers épanchemens qui peuvent avoir leur siége dans la cavité de cette membrane séreuse. Les travaux de quelques chirurgiens et les progrès de l'anatomie pathologique ont bien fait connaître la nature des sacs herniaires et la diversité des altérations que ces prolongemens contre nature du péritoine peuvent éprouver. Un certain nombre d'observations de péritonite recueillies avec un soin extrême par M. Laënnec, et publiées dans le Journal de médecine de MM. Leroux, Corvisart et Boyer ont beaucoup contribué au perfectionnement de l'histoire des inflammations du péritoine; déjà Johnstone, Walter, Bichat, M. Pinel avaient donné de bonnes descriptions de cette maladie ou fait de judicieuses remarques sur son étiologie et son diagnostic. MM. Corvisart, Bayle, De Laroche, Gase, comme M. Laënnec, se sont occupés de rectifier les erreurs de leurs prédécesseurs ou de faire connaître des vérités importantes sur la péritonite; on ne confond plus maintenant cette inflammation séreuse avec les phlegma-

sies des divers organes et viscères qui reçoivent une enveloppe du péritoine. M. Gastellier s'est attaché à combattre l'existence de la péritonite simple; il ne la nie pas positivement, mais la dit si rare, ou plutôt enveloppe son existence de tant de doutes, qu'on peut présumer qu'il ne l'admet jamais. Les belles observations de M. Laënnec ne lui paraissent pas concluantes; mais il les a réfutées avec plus de chaleur que de succès. Ce médecin a du moins réussi à prouver que l'inflammation simple du péritoine était beaucoup moins commune qu'on ne le pensait avant lui, qu'elle était incomparablement moins fréquente que celle des viscères abdominaux, qu'on avait donné le nom de péritonite puerpérale à une foule de maladies très-différentes les unes des autres. On doit à M. Broussais des faits positifs sur la péritonite chronique, maladie dangereuse, perfide, qui avait déjà fixé l'attention de plusieurs écrivains. Quelques observations, entre autres une de M. Savary, paraissent prouver que des granulations peuvent être propres aux membranes séreuses. Si l'inflammation du péritoine a été l'objet de beaucoup de recherches, l'hydropisie abdominale n'a pas moins fixé l'attention des praticiens ; tout a été dit sur ces deux maladies principales de la séreuse de l'abdomen. Les ouvertures de cadavres ont fait recueillir quelques observations de kystes, d'hydatides développés sur le péritoine. Il y a des exemples d'ossification de cette membrane : l'inflammation peut la désorganiser de différentes manières, l'ulcérer, la rendre squirreuse dans plusieurs points, et lui faire contracter des adhérences avec les organes voisins. Enfin, un grand nombre de corps étrangers de différente nature peuvent être introduits ou formés dans la cavité du péritoine; on peut y trouver de l'air, du chyle, de la lymphe, du pus, du sang, de la bile, des matières fécales. *Voyez* PÉRITONITE.

A. *Rupture du péritoine*. On n'a observé de rupture du péritoine que dans quelques cas fort rares de hernies et de plaies des parois abdominales. Une jeune fille qui portait sur sa tête un fardeau soutenu par ses deux mains, fut saisie brusquement par derrière; elle se courba avec force pour s'échapper, et au même instant elle ressentit une douleur très-vive dans l'abdomen; Garengeot appelé reconnut une hernie incarcérée qu'il opéra; le péritoine avait été déchiré, et l'épiploon déplacé n'avait point de sac herniaire. Une observation analogue appartient à Desault : un enfant de neuf ans tombe d'un quatrième étage sur le pavé et meurt de suite; on fait l'ouverture du cadavre, et on trouve le péritoine et les muscles de l'abdomen déchirés en travers dans l'espace d'un demi-pouce. Une portion d'intestin qui avait traversé cette ouverture n'était retenue que par la peau. Le péritoine qui forme le sac d'anciennes

hernies est susceptible de se rompre. Un homme reçoit, sur une hernie qu'il portait, un coup de pied de cheval, le sac herniaire se rompt, les intestins franchissent la plaie et forment une seconde hernie sous la peau, qui n'avait été que meurtrie : J.-L. Petit fit l'opération. Lecat et MM. Rémond et Sander ont publié d'autres exemples de rupture du sac herniaire.

Un corps étranger, par exemple la corne d'un taureau qui pénètre dans l'intérieur de l'abdomen en déchirant ses parois, déchire nécessairement aussi le péritoine.

B. *Déplacemens du péritoine.* Les viscères abdominaux, dans le plus grand nombre des cas, poussent audevant d'eux, en se déplaçant, le péritoine, membrane mince, étendue autour d'eux, qui leur oppose moins de résistance au niveau des ouvertures naturelles dont sont percées les parois de l'abdomen, que dans les autres parties de son trajet. La portion du péritoine qui enveloppe les viscères abdominaux déplacés s'appelle sac herniaire. Ce sac n'est point formé dans le bubonocèle congénital, par une extension accidentelle du péritoine, mais par la portion de cette membrane séreuse que les anatomistes ont nommée tunique vaginale. Le péritoine ne forme pas dans toutes les hernies une enveloppe autour des viscères déplacés; ils n'ont quelquefois qu'un tiers ou une moitié de sac. Ainsi la vessie qui a traversé le canal inguinal n'est pas toujours entourée par cette membrane séreuse. On sait que le péritoine ne revêt pas le tiers inférieur de la paroi antérieure de l'abdomen: il ne passe d'abord par l'anneau sus-pubien qu'une portion de la région antérieure de la vessie; mais cette portion devenant de plus en plus volumineuse, entraîne enfin au dehors le fond du viscère, et avec lui le péritoine qui lui adhère. De même on ne trouve pas un sac entier dans les hernies de vessie qui se forment dans l'hypogastre par l'anneau ombilical, ou à travers un écartement des petits muscles qui complettent la paroi inférieure du bassin, et dans les hernies qui contiennent le cœcum, le commencement du colon, l'S iliaque et la partie supérieure du rectum. Il peut exister du même côté un double déplacement du péritoine, et les observations de Petit, Juville, Arnaud, Sandifort, Brugnone, Masselin, Wilmer, Scarpa, etc. en font foi. Des hernies inguinales doubles ont été le résultat de la rupture des parois adossées de la tunique vaginale et de l'enveloppe péritonéale dans des cas où il existait à la fois hernie et hydrocèle.

C. *Effets de l'inflammation sur le péritoine reconnus par les ouvertures de cadavres.* L'existence de la péritonite n'est plus une question; elle a été démontrée par des faits. Ceux qui la niaient se fondaient sur ce que la phlegmasie était *rare-*

ment bornée au péritoine; M. Portal dit qu'on trouve *presque toujours* les parties adjacentes enflammées : voici le fait par lequel il prouve son opinion. Un jeune homme de vingt-cinq ans, dont parle Lieutaud, fut atteint d'une fièvre aiguë avec une douleur profonde et très-vive dans l'abdomen : des anxiétés et des nausées survinrent, il y eut de la difficulté de respirer, et de temps en temps des sanglots; le ventre s'enfla avec rénitence. Cette augmentation de douleur fut suivie de vomissemens, du délire, et le malade mourut le quatrième jour de la maladie. A l'ouverture du corps, on reconnut que le péritoine était enflammé dans certains endroits et gangréné dans d'autres; le bord du diaphragme était également affecté, les intestins étaient gonflés d'air et enflammés, l'épiploon était adhérent au péritoine, et il y avait un épanchement sanieux et fétide dans la cavité abdominale. Il est évident que cette maladie était une péritonite : le diaphragme avait son bord enflammé; mais qui l'était de son tissu propre ou du péritoine qui le tapisse? La phlogose était-elle générale? L'inflammation des intestins avait-elle son siége *en dehors* ou *en dedans?* Cette ouverture de cadavre a été évidemment mal faite. M. Broussais a porté un jugement sévère sur la très-grande majorité des observations qui remplissent les livres de médecine, et on ne peut le blâmer. Les ouvertures de cadavres ne sont bien faites que depuis très-peu de temps : avant ce temps, on se contentait d'ouvrir celle des trois grandes cavités splanchniques dans laquelle on présumait qu'était le siége de la maladie; lorsqu'on examinait l'abdomen, on se contentait d'une inspection superficielle de l'extérieur des intestins; aujourd'hui on met toujours à découvert l'intérieur de l'abdomen, de la poitrine et du crâne; l'état de chacun des organes contenus dans ces cavités est examiné attentivement; l'estomac et les intestins sont ouverts dans toute leur étendue.

Toutes les fois qu'un corps irritant est en contact avec le péritoine, il enflamme cette membrane séreuse : tel est l'effet produit par des épanchemens d'urine, de bile, de matières fécales, de sang, lorsque dans une plaie pénétrante de l'abdomen, des vaisseaux sanguins, les intestins, la vésicule du fiel ou la vessie ont été ouverts. On ne met point en question l'existence de l'inflammation de l'arachnoïde et celle de la plèvre : pourquoi douter de celle du péritoine? Quel est l'accident qui rend si dangereuse, si souvent mortelle l'opération de la hernie? C'est l'entrée de l'air dans la cavité du péritoine; les viscères déplacés ont été réduits, l'étranglement n'existe plus, et cependant les malades meurent dans un espace de temps fort court : c'est la péritonite qui les tue. L'inflammation du péritoine est l'une des causes présumables de l'étran-

glement interne des intestins; elle est aussi l'un des effets presque certains de l'opération barbare qu'on a proposée et pratiquée pour détruire ces étranglemens. L'opération en elle-même a un but d'utilité évident; elle n'est *barbare* que parce qu'il est *impossible* de reconnaître pendant la vie des malades le *siége* de l'étranglement, l'*état* des intestins et du péritoine, très-enflammés, ensemble ou séparément, lorsque la maladie dure depuis quelque temps, ce qui est le cas ordinaire; enfin *parce que rien n'apprend s'il existe un ou plusieurs étranglemens.* Les ouvertures de cadavres ont prouvé qu'il en existait souvent plusieurs à la fois; on peut ajouter que la gastrotomie dans le volvulus n'a *jamais* été faite avec succès (*Voyez* ILÉUS). M. Pâtissier a avancé que Nuck et Bonet avaient rapporté des observations de cette opération faite avec succès; il aurait dû publier ces observations et les commenter, c'était la meilleure manière d'appuyer son opinion sur l'utilité de la gastrotomie, dont il paraît être partisan (*Biblioth. méd.*, cahier d'avril 1819). M. Manoury, auteur d'une bonne dissertation sur les étranglemens internes du canal intestinal, démesurément louée par M. Pâtissier (ouvrage cité), approuve aussi l'opération; mais il a négligé de faire suivre son avis par des raisonnemens concluans et des faits positifs; il a proposé d'établir un anus artificiel audessus du siége de l'étranglement; on se fera une idée de la bonté de cette méthode, en se rappelant combien il est facile de déterminer ce siége. La méthode de M. Manoury sera discutée ailleurs (*Voyez* VOLVULUS); c'est la crainte de la péritonite qui a fait chercher avec tant de soin par les chirurgiens les lieux où le fer peut pénétrer dans la vessie, l'utérus, les intestins, sans ouvrir le péritoine. Voyons quels désordres produit l'inflammation sur cette membrane séreuse.

Les malades ouverts par M. Laënnec ont présenté dans l'abdomen les désordres suivans : De cette cavité s'échappe quelquefois un gaz qui répand une odeur d'hydrogène sulfuré; on a trouvé le conduit intestinal singulièrement aggloméré, et ne formant qu'une seule masse, recouverte en partie par l'épiploon épaissi et adhérent. Chez d'autres sujets, les intestins étaient repliés sur eux-mêmes, entrelacés, adhérens, tantôt d'une manière intime et sans intermédiaire; dans d'autres endroits, par de fausses membranes. Le péritoine était, dans plusieurs points de son trajet, épaissi et d'une couleur blanchâtre; sa surface exhalante était recouverte d'une sorte de tissu cellulaire dense, d'une couleur noirâtre ou verdâtre, ne servant pas toujours à des adhérences; d'autres fois, cette surface était comme excoriée et recouverte d'une matière grise, d'une consistance et d'une couleur assez analogues à celles

d'une purée plus ou moins liquide. On a vu plusieurs fois la tunique péritonéale épaissie, noirâtre à l'extérieur, blanchâtre dans son tissu, couverte d'une matière puriforme, ou revêtue d'une mucosité noire, gélatiniforme nou fétide. *Voyez* PÉRITONITE.

L'inflammation qui a commencé par les capillaires sanguins du péritoine, ne borne pas toujours ses ravages à cette membrane: souvent, mais non toujours, elle se propage à la membrane muqueuse des intestins, et à un ou plusieurs des viscères abdominaux. Bayle a fait, dans l'an x, plusieurs ouvertures de cadavres d'individus que la péritonite avait tués; il trouva sur douze sujets une inflammation presque générale de la membrane séreuse de l'abdomen; les organes et viscères recouverts par elle étaient sains.

Il faut compter au nombre des altérations produites par l'inflammation dans le tissu de cette membrane, les indurations qu'elle présente quelquefois, les kystes purulens disséminés sur sa surface, son érosion, son ulcération. On trouve, dans les auteurs, un grand nombre d'exemples de ces désorganisations et ulcérations diverses. Savary a trouvé dans l'abdomen d'un cadavre les désordres suivans : Le péritoine était seul malade, son épaisseur était partout augmentée, elle était portée dans quelques points à une ligne et demie; il y avait sur sa surface des granulations blanchâtres ou perlées, disposées par grappes d'une consistance molle, et si adhérentes au péritoine, qu'on ne pouvait les en détacher sans altérer l'intégrité du tissu de cette membrane. Savary s'est convaincu que ces granulations appartenaient bien au péritoine.

L'inflammation peut développer sur cette membrane des tumeurs d'inégale grosseur, de consistance diverse et plus ou moins multipliées, remplies d'un pus grumeleux, blanchâtre, roussâtre, ou d'une matière analogue à celle qui forme l'athérome, le stéatome et le méliceris.

Quelques individus morts de péritonite ont le péritoine plus ou moins couvert de taches ou plaques d'un rouge foncé, quelquefois noirâtres; il existe en même temps un épanchement dans l'abdomen, dont la nature varie à l'infini. Cet épanchement est formé dans certaines péritonites par une matière séreuse plus ou moins louable; dans d'autres inflammations, la cavité du péritoine contient des grumeaux de couleur variée, grisâtres, blanchâtres, purulens, sanguinolens. Indépendamment de l'épanchement, on trouve dans l'abdomen une couche albumineuse plus ou moins épaisse; le péritoine est quelquefois gangréné dans une partie de son étendue, ou transformé en un tissu lardacé, carcinomateux, en même temps les glandes du mésentère sont engorgées, tuberculeuses; les in-

testins engorgés, quelquefois perforés. On les dépouille facilement de leur enveloppe séreuse, lorsque celle-ci est couverte d'escarres multipliées. *Voyez* PÉRITONITE.

Suivant M. Broussais, les dégénérescences osseuses, cartilagineuses, doivent être regardées comme les effets du jeu des affinités chimiques, jusqu'à un certain point, dans des amas de matières animales devenues libres, soustraites à l'influence des capillaires vivans. On a recueilli quelques exemples d'ossification de l'épiploon dans l'abdomen; ils ont été publiés par Ruysch, Rivière, De Haën, Eller, Marcellus Donatus, Reisel, M. de Lens, et rassemblés par M. Cruveilhier. Cet auteur a trouvé, dans un cas d'hydropisie ascite, le foie et la rate réduits au tiers de leur volume naturel; tous deux étaient enveloppés par une membrane cartilagineuse. Il voulut savoir si c'était aux dépens du péritoine ou de la membrane propre qu'avait eu lieu cette transformation. Il put enlever facilement la membrane cartilagineuse, qui était percée de trous, unie par un tissu cellulaire assez lâche à la membrane propre subjacente, et se continuait avec le péritoine.

L'inflammation de la portion du péritoine qui forme un sac herniaire, les adhérences contractées par ce sac, l'induration, l'ossification, et autres dégénérescences de cette enveloppe membraneuse, ont été ou seront décrits dans plusieurs articles de ce dictionaire. *Voyez* BUBONOCÈLE, HERNIE, MÉROCÈLE, SAC HERNIAIRE.

D. *Ascite, hydropisie. Voyez* ASCITE, HYDROPISIE.

E. *Epanchemens qui ont lieu dans la cavité du péritoine :* 1°. *d'air* (*Voyez* MÉTÉORISME, TYMPANITE); 2°. *de chyle;* 3°. *de sang;* 4°. *de matières fécales et de chyme;* 5°. *de bile* (consultez les articles ÉPANCHEMENS, PARACENTÈSE); 6°. *de pus* (*Voyez* ABCÈS, DÉPÔT, PARACENTÈSE, PÉRITONITE); 7°. *d'urine. Voyez* PLAIES DE L'ABDOMEN, VESSIE.

F. *Kystes, hydatides développées sur le péritoine.* Des kystes se développent quelquefois entre le péritoine et les muscles abdominaux : c'est l'hydropisie enkystée du péritoine. *Voyez* ce mot.

Kystes séreux des ovaires. Voyez OVAIRES.

Kystes séreux du foie. Voyez FOIE et KYSTE.

Kystes séreux du pancréas. Voyez PANCRÉAS.

Kystes séreux des reins. Voyez REINS.

Kystes séreux des bourses, des testicules et du cordon spermatique. Voyez CORDON SPERMATIQUE, HYDROCÈLE, TESTICULE, SCROTUM, (MONFALCON).

LUTHER (Laurentius-Theophilus), *Dissertatio de peritonæo, integræ sanitatis et ambiguorum morborum indice*; in-4°. *Erfordiæ*, 1734. (V.)

PÉRITONACRIXIS : hernie formée à travers la rupture du péritoine : de περιτοναιον, péritoine, et de ῥηγνυω, je brise.

(F. V. M.)

PÉRITONITE, s. f., *peritonitis* : inflammation du péritoine.

Synonymie : en latin *peritonitis* (*inflammatio peritonæi*), Vogel, Lieutaud, Cullen, Franck, etc.; en français, *péritonite*, Bichat, Pinel, etc.

I. *Histoire et considérations préliminaires.* Il n'y a pas encore vingt ans que l'inflammation du péritoine est bien connue. Du moins, avant cette époque, les auteurs qui en ont parlé n'ont fait, en quelque sorte, que l'indiquer, et n'en ont traité, ni *ex professo*, ni de manière à la considérer à part des altérations des organes voisins. Néanmoins, quelques faits isolés et consignés dans les recueils de Bonet, de Morgagni, de Lieutaud, en donnent une idée, et l'observation suivante, fournie par ce dernier, pourrait seule servir à la caractériser : Un jeune homme de vingt-cinq ans fut atteint d'une fièvre aiguë avec une douleur profonde et très-vive dans le bas-ventre. Des anxiétés et des nausées survinrent, il y eut de la difficulté de respirer et de temps en temps des hoquets. Le ventre s'enfla avec rénitence; cette augmentation de douleur fut suivie de vomissement, de délire, et le malade mourut le quatrième jour de la maladie. A l'ouverture du corps, on reconnut que le péritoine était enflammé dans certains endroits, et gangrené dans d'autres. Le bord du diaphragme était également affecté. Les intestins étaient gonflés d'air et enflammés. L'épiploon était adhérent au péritoine, et il y avait un épanchement sanieux et fétide dans la cavité abdominale.

M. Portal, qui, dans son Cours d'anatomie médicale, a cité cette observation, fait remarquer que les accidens qui sont survenus dans cette maladie, n'étaient pas seulement l'effet de l'inflammation du péritoine, à laquelle Lieutaud les a principalement rapportés, mais encore de celle du diaphragme et des intestins. « Je crois, dit-il, que si l'inflammation du péritoine pouvait être bornée à cette partie seulement, elle ne serait point aussi grave que les auteurs l'ont prétendu; et ce qui donne du poids à mon opinion, c'est que, dans tous les sujets qu'on a ouverts, et qui avaient éprouvé les symptômes de l'inflammation abdominale, on n'a jamais trouvé le siége du mal borné au péritoine; ainsi, je regarde comme très-peu fondé ce qu'ont dit certains modernes sur la péritonite. » Cette opinion de M. Portal est encore celle d'un petit nombre de médecins qui, préoccupés de leurs anciennes idées, n'ont jamais voulu se rendre à l'évidence.

Quoi qu'il en soit, quelques nosologistes, Sauvages, Vogel,

Cullen, etc., ont dit un mot sur la péritonite. Ce dernier surtout a mis cette maladie au nombre des inflammations de la région abdominale, en comprenant sous le titre de *peritonitis*, non-seulement l'inflammation de la partie du péritoine qui tapisse la cavité de l'abdomen, mais encore celle des portions de cette membrane qui s'étendent sur l'*omentum* et le *mésentère*. Cependant, il avoue qu'il est difficile de dire quels sont les symptômes auxquels on peut constamment reconnaître ces inflammations, et que quand on les connaît, elles n'exigent pas d'autres remèdes que ceux qui conviennent à l'inflammation en général. Il donne les caractères suivans de cette maladie (*peritonitis*, genre IV) : Il y a pyrexie, une douleur de l'abdomen qui augmente lorsque le corps est dans une position droite, et on n'aperçoit aucun des signes propres aux autres inflammations. Il admet trois espèces de péritonite : la première, qui constitue la péritonite proprement dite, est l'inflammation du péritoine qui tapisse l'abdomen ; la deuxième, l'inflammation de la portion de cette membrane qui s'étend sur l'épiploon ; la troisième, l'inflammation du péritoine qui forme le mésentère.

Le traducteur de Cullen fait, à cette occasion, la remarque suivante : « On voit, dit-il, que l'auteur comprend sous le même genre, l'*epiploitis* et le *mesenteritis*, si difficiles à reconnaître par des signes qui leur soient propres. D'ailleurs, les causes qui les déterminent n'ont aucune connexion avec les viscères, et ces maladies sont très-rares. C'est donc multiplier les êtres sans nécessité, que d'admettre avec Cullen et Vogel, la *péritonite*, l'*omentite* et la *mésentérite*. L'ouverture des corps prouve cependant, ajoute-t-il, que la péritonite peut exister, mais on ne l'a jamais trouvée seule et indépendante des autres viscères. »

Ainsi, tandis que quelques auteurs croyaient que l'inflammation du péritoine ne pouvait avoir lieu sans qu'en même temps les parties voisines fussent enflammées, d'autres pensaient que cette inflammation s'isolait sur certaines portions de la membrane séreuse de l'abdomen. Dans ce conflit d'opinions, on n'avait rien de fixe sur la vraie nature de cette phlegmasie, quoiqu'elle eût été entrevue par Johnstone, en 1779, sur les femmes en couches, et rappelée à l'attention des observateurs, en 1785, par Walter, célèbre anatomiste prussien. Cependant il était réservé à Bichat de nous donner sur cet objet des notions plus précises encore, et d'être le principal auteur de la théorie exacte que nous possédons sur cette maladie.

En général, avant Bichat, on avait presque toujours confondu, et mal à propos, l'inflammation du péritoine avec celle des organes qu'il recouvre, et on s'était attaché plus spéciale-

ment à traiter des affections isolées de l'estomac, des intestins, de la vessie, de la matrice, etc., sous les noms de gastrite, d'entérite, de cystite, de métrite, etc., sans avoir égard à l'affection du péritoine en particulier, ce qui prouve qu'on était persuadé que l'inflammation attaquait à la fois la totalité de ces organes. M. Pinel, à qui la description des maladies est redevable de tant d'exactitude et de profondeur, avait lui-même commis cette erreur à l'époque de la première édition de sa Nosographie philosophique, malgré qu'il eût reconnu que le siége principal de l'inflammation, dans ce cas, était fixé sur la membrane diaphane de l'abdomen. En effet, ce fut dans l'ordre des phlegmasies des membranes séreuses qu'il décrivit, ce qu'il appelait alors *entérite aiguë*, à la suite des couches, et que, plus tard, il désigna sous le nom de *péritonite puerpérale*.

Ce célèbre professeur, par sa classification en quelque sorte improvisée des phlegmasies, et son heureux rapprochement des phlogoses des différentes membranes diaphanes, préludait aux belles découvertes de Bichat et à ses considérations sur la péritonite. Le modeste anatomiste, dans cette occasion, fait hommage de ses recherches à M. Pinel, en avouant que c'est à sa classification et à sa dénomination de *membranes diaphanes*, qu'il doit les résultats lumineux auxquels il a été conduit par l'étude des membranes séreuses. Ce fut principalement, dans son cours d'anatomie pathologique que Bichat présenta ses idées sur la péritonite; mais il ne put alors qu'en énoncer les symptômes et les caractères les plus saillans. A cette époque, j'en fis l'objet d'une thèse qui fut accueillie avec beaucoup d'intérêt (*Voyez* ma *Dissertation sur la maladie des femmes à la suite des couches*, connue sous le nom de *fièvre puerpérale*). Depuis, cette maladie a été vue, constatée et étudiée par tous les médecins de Paris qui se sont livrés à des recherches d'anatomie pathologique. Bayle et M. Laënnec ont consigné dans les journaux de médecine les descriptions des différens désordres que cette inflammation laisse à sa suite. Le premier s'est plus attaché à décrire les altérations organiques d'après ce qu'il avait recueilli dans les amphithéâtres, qu'à tracer les symptômes de la maladie. Le second, par les observations qu'il a publiées dans le Journal de MM. Corvisart, Leroux et Boyer, a mieux signalé les caractères de la péritonite aiguë. On remarqua que les nouvelles accouchées étaient très-sujettes à cette phlegmasie, et qu'elles y succombaient fréquemment. Un grand nombre de thèses, après la mienne, furent soutenues sur cet objet, et confirmèrent de plus en plus ce que j'avais avancé, que l'inflammation du péritoine ne se comporte pas

chez elles autrement que chez les hommes et que dans les autres époques de la vie.

Enfin, la péritonite, une fois bien constatée, d'après les vues de Bichat et les travaux contemporains de quelques-uns de ses élèves, il était impossible que M. Pinel restât en arrière des découvertes qu'il avait préparées lui-même, et dont on lui était redevable. Aussi, avec quelle candeur et quel amour ardent de la vérité il vole au devant des idées nouvelles! Voici comme il s'exprime à ce sujet dans les éditions suivantes de sa Nosographie :

« On conçoit, dit-il, l'état de confusion où se trouvait la doctrine des phlegmasies à l'époque de la première édition de cet ouvrage (la Nosographie), et on doit peu s'étonner si, dans les efforts que je fis pour y introduire une méthode exacte, je ne pus réussir alors que d'une manière incomplette, l'application des connaissances anatomiques aux divers systèmes de l'économie animale étant peu avancée. Dans les inflammations abdominales par exemple, il ne me fut guère possible de m'écarter des anciennes divisions, et j'introduisis dans l'ordre des phlegmasies séreuses celles de l'estomac, des intestins, de la vessie, comme si ces parties étaient composées d'une seule tunique affectée exclusivement aux autres. Certains faits observés, et surtout les recherches anatomiques de Bonet, Morgagni, Stoll, Johnstone, Walter, Bichat, de M. Corvisart ont changé cette manière de voir et forcent maintenant d'admettre que les maladies décrites sous les noms de *gastrite*, d'*omentite*, d'*entérite*, de *mésentérite*, de *cystite*, etc., ne sont autre chose qu'une inflammation du péritoine qui commence dans un point de cette membrane et se répand bientôt rapidement sur la plus grande partie de son étendue; qu'en un mot, on ne doit point admettre de semblables phlegmasies partielles. Cependant je ferai remarquer que, pour s'élever à cette assertion, on s'est presque toujours fondé sur des phlegmasies abdominales produites par une cause générale comme ce qu'on appelle *fièvre puerpérale*, ou tout autre dérangement de l'évacuation sexuelle des femmes, tandis qu'il y a tant de causes particulières qui peuvent déterminer ou une épiploïte ou une mésentérite: tels sont une chute, un coup reçu sur les parties, une gastrite, une entérite partielle par une sorte de communication de lésion d'une partie correspondante de la membrane muqueuse. Je pourrais citer l'exemple d'une épiploïte produite par un coup de corne de bélier sur la région de l'estomac. Si on a vu quelquefois l'enveloppe péritonéale d'une partie de l'intestin ou de l'estomac très-saine, tandis que la partie sous-jacente de la membrane muqueuse était affectée de phlegmasie, on peut aussi citer des exemples d'une correspondance de lé-

sion dans les membranes internes et externes des voies alimentaires. L'empoisonnement ne produit-il pas souvent des effets semblables? La dysenterie, pour peu qu'elle soit intense, ne s'étend-elle pas de l'intérieur à la membrane péritonéale qui recouvre le colon ou le rectum? Ne retrouve-t-on pas quelquefois des traces d'une inflammation précédente dans la partie du péritoine qui recouvre le diaphragme, le foie ou la vésicule du fiel? Combien ces phlegmasies partielles sont encore plus fréquentes dans l'état chronique, et surtout dans les indurations squirreuses qui commencent toujours par la membrane muqueuse des intestins »!

On pourrait ajouter que, dans certains cas de hernie avec étranglement, le péritoine servant de sac herniaire et se trouvant non-seulement étranglé et comprimé fortement par l'anneau, mais encore tiraillé par la chute de la portion d'intestin qui se trouve remplie de matières stercorales, le péritoine, dis-je, est susceptible de s'enflammer. Dans ce cas, si l'on diffère l'opération, l'intestin entre dans un état inflammatoire des plus intenses, et le péritoine partage cette affection au point qu'il peut tomber aussi en gangrène. M. Gastellier, un des plus ardens antagonistes de ceux qui croient à l'existence de la péritonite, se sert de cet exemple pour prouver que l'inflammation du péritoine n'est jamais que secondaire. Et comme il ne reconnaît pas de péritonite essentielle, il dit que toujours cette inflammation est consécutive à une autre maladie; mais si le péritoine est susceptible de s'enflammer secondairement, quelle raison pourrait-on donner pour nier la possibilité d'une phlogose primitive?

Les recherches de Bichat sur les tissus qui entrent dans la composition de nos organes ont conduit à considérer l'inflammation du péritoine comme pouvant exister seule et indépendamment des organes sous-jacens. En effet, ces organes sont composés de plusieurs tissus de nature et de structure différentes, et leurs affections varient aussi suivant que tel ou tel de ces tissus se trouve primitivement enflammé : par exemple, il y a pour la membrane muqueuse de l'estomac, des intestins, de la vessie, de la matrice, etc., des catarrhes aigus et chroniques, pour la membrane du péritoine des inflammations séreuses, et pour le plan charnu des muscles organiques, une inflammation particulière, quoiqu'on connaisse fort peu encore le mode de cette altération. Mais toujours est-il vrai de dire que l'estomac, les intestins, la vessie, la matrice, ne sont pas attaqués de ces trois maladies à la fois; l'affection ne se porte jamais d'abord que sur un seul tissu. Lorsqu'elle a été aiguë, on trouve ce tissu seul affecté, les autres étant intacts.

Ceci a été très-bien développé par Bichat dans son Anatomie générale et dans ses Leçons d'anatomie pathologique.

Non-seulement le péritoine peut être enflammé sans que les organes qui sont audessous le soient aussi, mais encore l'inflammation, dans ce cas, n'a aucun rapport de dépendance avec ces mêmes organes, en sorte que ceux qui ont considéré la gastrite, l'entérite, la cystite, la métrite, etc., comme une phlegmasie occupant exclusivement les diverses portions de la membrane séreuse en rapport avec l'estomac, les intestins, la vessie, la matrice, etc., ont eu des idées fort inexactes sur l'inflammation du péritoine, puisque, d'après leur manière de voir, cette affection aurait dépendu des organes correspondans. D'un autre côté, comme on n'a jamais vu la séreuse abdominale enflammée sur un organe gastrique isolé, et saine aux environs, mais que l'affection se propage plus ou moins loin sur l'étendue du péritoine, on peut assurer que les auteurs se sont trompés encore sur ce point.

Qu'on nous permette ici quelques réflexions qui nous feront voir de plus en plus l'indépendance de la péritonite des organes sous-jacens. Supposons d'abord un cas qu'on ne rencontre peut être jamais dans la pratique, mais qui est très-propre à rendre notre idée; supposons que la matrice, par exemple, se trouve développée par une cause quelconque comme dans l'état de grossesse : elle sera recouverte par une plus grande étendue du péritoine, parce que les ligamens larges se seront déplissés pour la recevoir; que, dans cet état, il survienne une inflammation de l'organe, dans le sens que l'ont entendu les auteurs, n'est-il pas vrai qu'il y aura alors une plus grande portion de la séreuse abdominale enflammée? Qu'au même instant la matrice revienne sur elle-même et reprenne son volume ordinaire, l'inflammation n'étant pas encore dissipée, toute la portion du péritoine qui appartient aux ligamens larges et qui recouvrait l'utérus ne restera-t-elle pas enflammée; et si cette inflammation poursuit sa marche, quel rapport aura-t-elle alors avec la matrice?

La même observation se représente pour l'estomac, les intestins et la vessie. Si ces organes viennent à être distendus, ils s'engageront, l'estomac entre les lames de l'épiploon, les intestins entre les feuillets du mésentère, et la vessie sera aussi recouverte par une plus grande étendue du péritoine. Qu'il se manifeste alors une gastrite, une entérite et une cystite comme on l'entendait jadis, il est évident qu'une plus grande portion du péritoine se trouvera enflammée sur ces organes; si ceux-ci cessent tout à coup d'être distendus et que les lames de l'épiploon abandonnent l'estomac, celles du mésentère les intestins, et une partie du péritoine, la vessie, l'inflammation n'en res-

tera pas moins sur les points de la séreuse qui se trouvaient, il n'y a qu'un instant, en rapport avec ces organes, et dont ils sont éloignés dans l'instant présent.

Voulez-vous multiplier davantage les preuves que l'inflammation du péritoine ne dépend pas des parties qu'il recouvre? comparez-la avec celle d'un autre tissu, avec l'érysipèle, par exemple; supposez la phlegmasie fixée sur les paupières ou sur la peau qui recouvre la parotide: la rougeur ne s'arrêtera ni sur les paupières ni sur la glande; elle se répandra plus ou moins, parce que ni le tissu cellulaire, ni le muscle orbiculaire, ni la parotide qui sont audessous ne sont de nature à l'influencer. Ainsi, d'après tout ce que nous venons de dire, on voit que les considérations de *gastrite*, d'*entérite*, d'*omentite*, de *cystite*, etc., sont inexactes, dans ce sens qu'on les rapporte au péritoine; que les lames de l'épiploon, du mésentère, et toute la séreuse abdominale sont indépendantes dans l'état anatomique comme dans l'état pathologique des organes voisins, et que dans ce dernier cas, ces organes restent intacts toutes les fois qu'il y a péritonite aiguë.

Or, s'il est bien démontré que le péritoine peut être enflammé sans que les organes qu'il enveloppe partagent son affection, nous devrons considérer la péritonite de la même manière qu'une pleurésie, c'est-à-dire comme existant isolément et *per se*. Comme il y a identité de nature entre la plèvre et le péritoine, il y a aussi identité d'affection; mais on a été loin de faire ce rapprochement, et tandis qu'on s'est beaucoup occupé de la pleurésie, on a passé sous silence l'inflammation du péritoine, quoique celle-ci soit peut-être aussi commune que la première, surtout si on veut y comprendre la péritonite des femmes à la suite des couches.

Il est vrai que pendant longtemps on avait confondu aussi la pleurésie avec la péripneumonie. Boerhaave est le premier qui les ait distinguées et en ait traité séparément. Haller et Tissot voulurent soutenir l'opinion contraire; mais le célèbre de Haën qui partageait celle de Boerhaave, leur répliqua et combattit leur sentiment par des raisons décisives et péremptoires. D'autres médecins, tels que Stoll, Morgagni, Portal, se retranchèrent dans une sorte de doute philosophique qui devait se dissiper en réfléchissant sur les altérations qui résultent des phlegmasies de la plèvre. En effet, il suffit de considérer les effets de l'inflammation dans la portion de cette membrane qui tapisse les parois de la poitrine, pour reconnaître que la plèvre peut être affectée isolément. D'ailleurs, les adhérences fréquentes que l'on rencontre après la mort des personnes qui ont été attaquées de pleurésie et la formation des couches albumineuses et des épanchemens lymphatiques, attestent ce qu'on

admet généralement aujourd'hui que la plèvre peut être seule atteinte de phlegmasie. *Voyez* PLEURÉSIE.

Maintenant, si nous comparons quelques-uns des principaux phénomènes que présentent la pleurésie et la péritonite, nous trouverons la plus grande analogie entre elles. En effet, l'une et l'autre se manifestent de la même manière, c'est-à-dire comme toute maladie aiguë, par un frisson auquel succède de la chaleur, de la fièvre, etc. C'est un caractère des inflammations aiguës des membranes séreuses d'être accompagnées de douleurs extrêmement vives, vagues ou fixes sur quelques points, et suivies d'un sentiment de chaleur intérieure très-incommode. Comme dans la pleurésie, on éprouve un point de côté, quoique la plèvre soit enflammée en totalité; de même dans la péritonite, on ne rapporte quelquefois les douleurs qu'on éprouve que sur un seul point, quoique le péritoine soit généralement enflammé. Les phthisiques de même rapportent les douleurs qu'ils ressentent tantôt au dos et sous les omoplates, et tantôt derrière le sternum, etc., quoique le poumon soit altéré dans son ensemble. Comme la plèvre est enflammée sans que le poumon partage cette affection, de même le péritoine peut l'être, les organes gastriques étant intacts. Comme la toux et l'expectoration ont lieu à l'occasion de la pleurésie, de même il y a des nausées et des vomissemens par l'inflammation du péritoine. Comme la pleurésie est soumise aux influences atmosphériques et se manifeste quelquefois chez un grand nombre d'individus exposés à la même température, aux mêmes causes; de même la péritonite peut attaquer beaucoup de personnes à la fois et régner d'une manière épidémique, ainsi que plusieurs praticiens l'ont observé, et comme nous l'avons vu nous-mêmes. Comme dans certains cas la pleurésie engendre l'hydrothorax (Sauvages), de même l'ascite séreuse est souvent le résultat de l'inflammation du péritoine (Piquer). Comme la pleurésie peut se terminer par suppuration, et donner lieu à l'empyème, de même la péritonite se termine quelquefois par des dépôts ou des épanchemens qui sont presque toujours mortels, ou qui, dans certains cas rares, se font jour à travers les parois de l'abdomen et par le nombril. Enfin, pour ne pas multiplier davantage ces rapprochemens, comme l'inflammation de la plèvre entraîne après elle des adhérences, de même celle du péritoine en laisse voir des traces plus ou moins nombreuses.

D'après cet aperçu général de comparaison entre la pleurésie et la péritonite, nous voilà déjà parvenus à des données plus certaines sur la manière dont nous devons envisager notre sujet. Depuis les considérations de Bichat sur la péritonite, on a eu tant d'occasions d'observer cette maladie, les faits sont

devenus si nombreux, et les écrits si multipliés, qu'il est facile aujourd'hui de s'élever à une description générale et exacte des caractères qu'elle présente. On peut en dire autant de la péritonite chronique si bien tracée par M. Broussais dans son important ouvrage de l'Histoire des phlegmasies chroniques. Dans le tableau que nous allons donner nous-mêmes, nous commencerons par exposer les causes générales de la maladie, et après avoir établi ses divisions principales, nous la suivrons dans son état aigu et chronique; nous ferons connaître les résultats des autopsies cadavériques; nous indiquerons les plus communes complications, et nous terminerons par l'exposé de la méthode de traitement appropriée aux divers états et complications qu'elle nous offre.

II. *Des causes de la péritonite en général.* Tout le monde connaît la disposition du péritoine (*Voyez* ce mot). La texture propre, les nombreux vaisseaux absorbans et exhalans qui entrent dans sa composition, les propriétés organiques et vitales dont il jouit, les fonctions auxquelles il est destiné en font un organe très-essentiel dans l'économie animale, et fort susceptible d'être enflammé. Les causes de cette inflammation sont très-multipliées; cependant il n'est pas facile de déterminer quelles sont celles qui peuvent plus directement la produire. On les a distinguées en *prédisposantes* et en *occasionelles*; mais dans les premières se trouvent comprises des circonstances générales qui, non-seulement disposent à l'inflammation du péritoine, mais encore à beaucoup d'autres états inflammatoires: tels sont, parmi ces circonstances, l'âge adulte, la pléthore, la mobilité du système vasculaire, l'habitude aux fluxions, l'abus des boissons alcooliques, des passions vives, une sensibilité exaltée, les saisons froides, l'habitation dans des lieux bas et humides, etc. Quelle que soit l'influence de ces causes prédisposantes, il reste toujours à expliquer pourquoi l'irritation se fixe par préférence sur la membrane séreuse de l'abdomen, ce qui n'est pas facile même en remontant aux causes particulières de la maladie et en commençant par les moins équivoques.

Ces causes sont des irritans mécaniques ou chimiques qui viennent du dehors, ou qui ont leur source dans l'individu même. Aux irritans mécaniques extérieurs se rapportent la compression des viscères abdominaux, les coups reçus sur les parois du ventre, les chutes sur cette partie, enfin toute contusion ou commotion générale plus ou moins prolongée et dirigée sur le péritoine de manière à y établir un foyer d'irritation soutenue. Les irritans dits chimiques venus du dehors n'ont guère d'occasion d'agir que sur les animaux chez lesquels on les emploie pour produire à volonté des péritonites, en injec-

tant certains liquides dans la capacité de l'abdomen. Dans la pratique de la chirurgie, les irritans dont nous parlons pourraient encore provoquer la péritonite, si on ne les proscrivait du traitement des plaies pénétrantes du bas-ventre. Par comparaison de ce qui se passe dans la cure de l'hydrocèle par injection, quelques médecins ont proposé ce moyen contre les hydropisies ascites, espérant procurer par là une adhérence générale, et tarir la source des collections séreuses : nul doute qu'un tel procédé ne fût susceptible d'engendrer la péritonite.

Parmi les irritans mécaniques internes, il faut compter les frottemens, la pression qu'occasione la présence de quelque corps étranger dans l'abdomen, comme une grossesse ordinaire, une grossesse extra-utérine, une môle, le gonflement des ovaires, et certaines tumeurs qui occupent le ventre accidentellement, et qui, en soulevant et en déplaçant la membrane séreuse, la compriment, la tiraillent dans tous les sens et l'irritent plus ou moins fortement. M. Broussais, dans son Histoire des phlegmasies chroniques, met sur la même ligne des causes irritantes intérieures, les efforts violens et longtemps soutenus, le tremblement des fièvres intermittentes, lorsque les viscères abdominaux et surtout la rate sont subitement gonflés par le mouvement centripète des fluides, les contractions violentes et répétées des muscles de l'abdomen et de l'estomac, dans le vomissement, quelle qu'en soit la cause, les tiraillemens, pressions, frottemens qui ont lieu dans les cas de constriction du colon et du rectum, lors des constipations opiniâtres, dans les rétrécissemens ou étranglemens des intestins et dans les hernies.

Les irritans dits chimiques internes sont les épanchemens de tout genre qui, n'étant pas susceptibles d'être absorbés en entier, séjournent plus ou moins longtemps sur le péritoine. Tels sont le sang, la bile, le chyle, l'urine, les matières stercorales et la sérosité elle-même, pour peu qu'elle soit stimulante ; ce qui peut arriver quand l'exhalation péritonéale supplée à l'urine ou à toute autre sécrétion d'une nature âcre. C'est ici le lieu de faire mention d'un fait qui appartient à M. Fizeau, et qui a été cité par M. Broussais, lequel a rapport à une péritonite produite par un épanchement de bile provenant de la rupture du canal chodéloque. La maladie dura trente-trois jours, et fut assez obscure pour ne se manifester durant la vie que par une sensibilité très-obtuse de la région abdominale, qui entraînait la langueur et la faiblesse.

A tous ces agens mécaniques ou chimiques propres à produire les péritonites, ajoutez le froid de l'atmosphère agissant sur tout le corps, l'immersion dans l'eau froide, le manque de changement des habits mouillés et le froid prolongé des pieds, tandis

qu'on reste dans l'inaction, l'exposition à l'humidité, les boissons à la glace lorsqu'on est échauffé, le coucher à plat ventre sur l'herbe fraîche lorsqu'on est en sueur (ce qui est arrivé au général Lasalle dans une partie de chasse, lorsqu'il était colonel du dixième de hussards, et qui fut suivi d'une péritonite aiguë extrêmement grave), et vous aurez les causes principales de cette maladie, en diminuant ou en supprimant les fonctions des autres organes, telles que la fonction perspiratoire de la peau : ces causes sont une occasion fréquente d'accroissement d'activité de la séreuse, et par conséquent du développement de la phlogose qui a lieu bientôt après. Il est à présumer que leur action, dans ce cas, est d'autant plus puissante pour produire l'inflammation que la membrane séreuse y est mieux disposée par les agens immédiats mécaniques ou chimiques dont nous venons de parler. Toutefois il est des circonstances où cette phlegmasie se manifeste brusquement, et même d'une manière lente, sans qu'on puisse, en remontant à la source, en découvrir la cause locale.

Lorsque, par l'action du froid, une passion vive de l'ame, la colère, l'emportement, ou bien la crainte, la tristesse ou toute autre cause, les lochies et le lait viennent à se supprimer tout à coup à la suite des couches, on voit survenir la péritonite puerpérale (*Voyez* PUERPÉRALES (maladies); on peut penser alors que cette suppression que nous supposons antérieure au développement de l'inflammation, en est la principale cause, et que dans ce cas les fluides repoussés de leurs vaisseaux excréteurs, en refluant sur les vaisseaux exhalans de la membrane séreuse, en ont augmenté l'activité au point d'y déterminer la phlogose. Maintenant si nous ajoutons que ces fluides ont presque toujours des qualités âcres ou acides, nous concevrons comment ils peuvent augmenter la disposition du péritoine à l'inflammation, et pourquoi toutes les affections locales auxquelles les femmes sont sujettes dans ces circonstances, se présentent toutes choses égales avec un degré d'inflammation plus fort et une quantité plus grande de matière purulente et de sérosité. A l'égard de ce dernier phénomène nous ne devons pas oublier toutefois qu'il peut tenir aussi à cette surabondance de sucs lymphatiques dont la femme est imprégnée pendant la grossesse et après l'accouchement.

Cependant la péritonite des femmes en couches, comme nous le verrons en son temps, loin d'être toujours le résultat de la suppression des lochies et du lait, est plus fréquemment la cause de cette suppression, que lorsqu'un agent mécanique ou chimique quelconque, ou l'impression brusque du froid, ou toute autre cause produit immédiatement l'inflammation.

Alors par une loi générale de la sensibilité, les sécrétions ordinaires diminuent ou se suppriment tout à fait.

D'autres causes générales inconnues semblent présider au développement des péritonites qui paraissent épidémiques, comme la pleurésie dans certaines saisons. On doit présumer que les conditions de ces maladies résident, d'une part, dans les dispositions de l'organe, siége de l'affection, lequel est préparé peut-être de longue main à contracter l'inflammation, et de l'autre dans les qualités malfaisantes de l'air qui est, ou trop froid, ou trop humide ou irritant, etc. Quoi qu'il en soit, nous pouvons assurer que la péritonite s'est présentée quelquefois aux observateurs comme une maladie vraiment épidémique, et dans quelques cas même avec une apparence de contagion. « Un médecin, dit Pujol (OEuvres diverses de médecine pratique, tom. IV, pag. 505) a eu occasion de traiter à l'Ecole militaire de Sorèze une épidémie de ces maladies inflammatoires du bas-ventre (qui n'était sans doute qu'une péritonite), laquelle se terminait presque toujours, quand on négligeait le traitement antiphlogistique, par un épanchement séreux : la plupart de ces ascites secondaires occasionaient une prompte mort; ceux des sujets qui résistèrent à cet accident traînèrent plus ou moins longtemps leur hydropisie. »

C'est ainsi que j'ai vu plus d'une fois la péritonite régner dans les hôpitaux de l'armée, notamment à Dantzick, où en 1812, j'eus à traiter dans une seule salle plus de vingt individus qui en furent successivement attaqués comme si la maladie se fût propagée par contagion. M. Lagneau, cité par M. Broussais (*Hist. des phlegm. chron.*) a vu aussi à l'armée de Bruges en l'an XII, la péritonite très-commune sur les soldats d'un régiment de troupes légères, particulièrement sur des nègres, et le plus souvent il la constatait par l'ouverture des cadavres. M. Broussais dit également avoir observé cette espèce de péritonite dans la Belgique et dans la Hollande, mais presque toujours sur des hommes affectés de fièvres intermittentes, et alors elle était chronique et ne paraissait point avoir eu un début orageux. Après la campagne d'Allemagne, ajoute l'auteur, qui, en 1805, se termina pour notre corps d'armée à l'époque de la bataille d'Austerlitz, la péritonite parut presque toujours en rapport avec une cause externe évidente. En Italie, elle s'est encore présentée, mais plus rare, ce qui m'a fait regretter de n'avoir pu recueillir toutes les histoires de ceux qui la devaient aux fatigues de la marche ou à tout autre accident. »

Si nous voulions pousser plus loin nos recherches sur les causes de la péritonite, il ne faudrait point oublier la rétrocession ou la métastase d'un principe rhumatismal, goutteux, herpétique, psorique, etc., qu'on a souvent vu se fixer sur l'abdo-

men et produire des inflammations plus ou moins graves des organes de cette capacité en général et du péritoine en particulier.

III. division de la péritonite. Selon que les causes que que nous venons de passer en revue agissent promptement ou avec lenteur, faiblement ou avec violence, etc., elles déterminent, d'après certaines dispositions individuelles et d'autres circonstances particulières, la péritonite *aiguë*, ou la péritonite *chronique*, dont les symptômes se confondent ordinairement à l'époque où l'une passe dans l'autre lorsqu'elles se succèdent, mais qui, examinées dans d'autres temps, offrent des différences très-remarquables entre elles, surtout lorsqu'elles ne sont pas la conséquence l'une de l'autre; ce qui arrive assez souvent. Quelque nombreuses que puissent être les formes et les variétés de la péritonite, elles rentrent toutes évidemment dans cette division générale sans en excepter même la péritonite dite puerpérale dont on a fait une espèce particulière, mais qui ne diffère pas essentiellement de la péritonite ordinaire malgré les modifications que lui impriment les circonstances des couches. C'est pourquoi nous n'admettons que deux espèces principales, qui sont: la *péritonite aiguë* et la *péritonite chronique*, que nous allons décrire séparément.

IV. péritonite aigue. La péritonite aiguë est celle qui se manifeste promptement et par des causes évidentes, dont les symptômes ont quelque chose de violent et dont la marche est rapide: elle attaque tous les âges et tous les sexes, mais principalement les jeunes gens et les femmes nouvellement accouchées, ainsi que les individus d'un tempérament sanguin et irritable: elle est plus commune dans les saisons froides.

Invasion. Elle s'annonce par des horripilations vagues ou un frisson général accompagné de malaise, ou de tremblement avec engourdissement des membres. Quelquefois la période de froid présente quelque chose de particulier qu'on ne rencontre guère dans le frisson qui précède les autres maladies aiguës: c'est qu'elle dure un, deux ou même trois jours, ou se renouvelle dans cet intervalle tant que se soutient l'état de spasme fixé sur la membrane séreuse; d'autres fois, au contraire, ce frisson est inopiné et n'est pas de longue durée; succède enfin de la chaleur qui est plus ou moins forte, et est accompagnée de céphalalgie et de constriction dans la région épigastrique. Le mouvement fébrile se manifeste avec les divers autres symptômes, dont les uns sont locaux ou caractéristiques, et les autres généraux ou sympathiques.

1°. *Symptômes locaux* ou *caractéristiques.* La péritonite étant déclarée, le ventre devient douloureux au point que très-souvent la plus légère pression est insupportable, et que

les malades ne peuvent y endurer ni le poids des couvertures, ni l'application d'aucun topique. Ces douleurs, qui leur arrachent des cris aigus, sont distinctes de celles qui accompagnent la dysenterie, en ce qu'elles sont beaucoup plus vives et plus pongitives que celles-ci, qui sont ordinairement gravatives, profondes et suivies d'excrétions muqueuses sanguinolentes. Elles diffèrent encore des douleurs qui sont propres aux phlegmasies des autres viscères du bas-ventre; elles sont tantôt fixes, et alors elles donnent le sentiment d'un seul point douloureux de l'abdomen, et tantôt générales ou vagues, suivant que la phlogose s'étend sur tout le péritoine ou sur plusieurs points de son étendue. Les malades sont forcés de se tenir couchés sur le dos, toute autre position leur étant extrêmement pénible; ils n'osent exécuter aucun mouvement de crainte d'augmenter leur souffrance. Dans cet état, tension des hypocondres plus ou moins considérable, sorte de tumeur oblongue et rénitente dans la région abdominale répondant aux circonvolutions des intestins; le ventre se gonfle, se ballonne ou se météorise par le boursouflement du tissu cellulaire sous-jacent, et aussi par le dégagement des gaz dans les intestins. Des hoquets, des nausées, des vomissemens surviennent avec anxiété et respiration très-fréquente et pénible, surtout l'inspiration qui, en refoulant le diaphragme, comprime les viscères de l'abdomen, et, par conséquent le péritoine, siége de la douleur. Il y a aussi quelquefois diarrhée et plus souvent constipation, sans qu'on puisse dire qu'aucun de ces phénomènes dépende d'une affection gastrique, à moins qu'il n'y ait évidemment une complication de la péritonite avec quelque embarras de l'estomac ou des intestins.

2°. *Symptômes généraux ou sympathiques.* Ils ont rapport à l'état du pouls qui est ordinairement dur, petit et concentré, et presque toujours fréquent. Sur la fin, quand le mal est violent, le pouls devient si serré et si précipité qu'on peut à peine compter les pulsations. La tête est plus ou moins douloureuse; la face pâle, décolorée, souvent couverte de sueur froide. Par la force des douleurs abdominales, il se manifeste de légères contractions des muscles de la face et principalement du front, par lesquelles les traits de la physionomie se décomposent, et déterminent ce qu'on appelle *face grippée*, expression qui désigne d'une manière abrégée cet état particulier de la face, dans lequel les traits semblent être tirés en haut et portés vers le front. Tantôt le visage est livide et décomposé, et tantôt animé avec un air d'agitation; d'autres fois, le regard est fixe et audacieux, et, quoique les facultés intellectuelles se conservent assez souvent intactes jusqu'au dernier moment, dans quelques cas il y a délire et des mou-

vemens convulsifs de la tête et des membres. Ajoutez à cela de l'insomnie, de la soif, un sentiment de stupeur, et froid des extrémités, comme si le malade était atteint d'une fièvre ataxique au dernier degré. On ne peut tirer aucun indice certain de l'état de l'exhalation et des sécrétions qui varient autant que les autres symptômes généraux, lesquels sont subordonnés à l'intensité et à la gravité de la maladie et au degré des forces vitales. Voilà pourquoi les urines, par exemple, sont tantôt rouges et troubles, avec un sédiment semblable à de la brique pilée, et tantôt pâles, claires et sans sédiment, et en petite quantité.

Diagnostic. Tels sont les symptômes locaux et généraux les moins équivoques de la péritonite aiguë; cependant, ils ne sont pas toujours tellement constans et uniformes dans leur intensité et leur apparition, qu'on ne puisse s'y méprendre: ils varient suivant les causes et suivant d'autres circonstances relatives à l'âge, au sexe, aux tempéramens, aux saisons et au caractère particulier de la maladie. Lorsque celle-ci attaque un sujet jeune, bien portant, et doué d'un haut degré de sensibilité, les symptômes sont plus violens, la fièvre forte et les douleurs très-vives. Au contraire, si elle affecte un individu faible et avancé en âge, et que les causes qui l'ont produite aient agi lentement, le mouvement fébrile sera obscur, et remarquable seulement vers le soir; cependant le désordre peut être tel par les progrès du temps, que le péritoine finisse par être entièrement désorganisé. La péritonite prend-elle un caractère insidieux, son diagnostic devient difficile, car elle n'est accompagnée ni de fièvre ni de douleur; l'ascite ou l'hydropisie générale surviennent, ce qui jette beaucoup de confusion dans les signes. Il est vrai que ce cas rentre plus particulièrement dans l'étiologie de la péritonite chronique dont nous parlerons plus bas.

Pour établir le diagnostic de l'inflammation qui nous occupe, et ne pas la confondre avec celle de quelque autre viscère du bas-ventre, il importe de faire attention à la nature et à la marche des symptômes; car il est des cas ou la péritonite est déguisée par la gastrite et l'entérite, par l'engorgement du mésentère et l'inflammation de la rate, du foie, etc., au point que les symptômes de toutes ces maladies se combinent, et qu'il est presque impossible de les distinguer. C'est ainsi que le vomissement, la perte d'appétit et l'amertume de la bouche, qui sont des accidens sympathiques fréquens de la péritonite, sont pris trop souvent pour des phénomènes gastriques : méprise fatale quand elle fait recourir au vomitif, si contraire dans cette maladie.

Lorsque la phlegmasie est portée au dernier degré, elle a

sur l'appareil sensitif une influence telle, qu'on croirait voir tous les signes d'une fièvre ataxique. Malheur au malade dont le médecin ne sait pas distinguer ce cas ! Cependant, nous ferons remarquer qu'il est des individus que la moindre douleur fait délirer, sans pour cela que la maladie soit plus grave et incurable. Nous avons déjà dit plus haut en quoi les douleurs de la péritonite différaient de celles de la dyscnterie; mais il y a d'autres maladies avec lesquelles on pourrait la confondre : ce sont certaines affections rhumatismales, ou plutôt l'inflammation des muscles de l'abdomen, laquelle se manifeste comme la pleurodynie, qui a son siége dans les muscles pectoraux, et qu'on peut prendre facilement pour une pleurésie. Ce sont encore certaines tumeurs qui se développent dans l'intérieur ou dans les parois mêmes du ventre, et qui simulent la péritonite. Il y a peu de temps qu'un médecin de ma connaissance, fort instruit, croyant avoir affaire à une péritonite chez un jeune homme qui présentait en apparence les principaux accidens de cette maladie, fit appliquer un nombre considérable de sangsues sans aucun succès. Le malade mourut, et à l'ouverture du corps, au lieu des traces d'inflammation qu'on s'attendait à découvrir, on vit que les intestins étaient réunis en bloc, et noués dans une portion de leur étendue.

Il est des malades atteints de péritonite aiguë qui ont des muscles et un tissu cellulaire épais sans météorisme. Dans ce cas, la douleur est presque insensible, et, pour la reconnaître, on a besoin d'exercer une dépression un peu forte. Il faut la faire latéralement de manière à la diriger vers le centre. Le défaut de fièvre qu'on observe quelquefois chez des individus robustes et sanguins n'est pas facile à expliquer. On ne sait pas si c'est l'excès de la douleur qui ralentit alors le mouvement du sang dans les gros vaisseaux.

M. Broussais comprend parmi les péritonites aiguës la péritonite qu'il appelle *hémorragique*, et dont il rapporte quelques exemples quoiqu'elle ne soit pas commune. Le diagnostic en est difficile lorsqu'on veut la distinguer des autres péritonites. Elle est occasionée par une irritation qui donne pour produit du sang pur, et elle se manifeste par des symptômes semblables à ceux de la péritonite aiguë ordinaire. En outre, l'altération du tissu de la membrane, quand elle existe, est absolument la même dans l'hémorragie séreuse que dans la phlogose, et les remèdes, s'il y en a, ne sont pas différens dans les deux cas. Cette maladie attaque les personnes d'un tempérament sanguin disposées aux affections inflammatoires, aux hémorragies nasales et à l'hémoptysie.

Le malade de l'observation cinquante-troisième (*Hist. des*

phlegm. chron., page 415) était dans ce cas; il éprouva le 13 septembre un peu de malaise et de lassitude, et s'alita le 15. A une *dédolation* très-pénible, accompagnée du pressentiment d'une maladie grave, se joignait un mouvement fébrile peu intense. Un chirurgien du lieu, qui fut consulté, ordonna le 16 un vomitif, et le 17 un purgatif. Le 18 au soir, le malade était dans un état d'abattement, la face décomposée, les lèvres violettes, avec des vertiges, des tremblemens, et même des mouvemens convulsifs; le pouls petit et effacé, beaucoup de faiblesse et de découragement. Le 19, calme trompeur; le 20, sur le soir, fièvre violente; anxiété horrible, par l'exacerbation d'une douleur de côté qui s'étendait dans tout l'abdomen; respiration laborieuse, courte, convulsive; tremblement universel, sueur froide, refroidissement des extrémités, perte des facultés intellectuelles. Il fut apporté à l'hôpital d'Udine, n°. 2, où il expira une heure après dans un état convulsif. A l'ouverture du corps, on trouva le péritoine couvert de sang coagulé, les caillots étendus en nappe sur tous les viscères, la plus grande quantité était aux environs de la rate, qui ellemême était gonflée de sang. Le tissu cellulaire, par où pénètrent les vaisseaux gastro-spléniques, était également rempli de sang, le péritoine un peu épaissi et facile à développer, mais toujours lisse. Lorsque, après l'avoir bien essuyé, on le pressait entre les doigts, on en exprimait une rosée sanguinolente et très-fine.

Il reste à expliquer, dit M. Broussais, pourquoi l'effort hémorragique, qui s'était dirigé jusqu'alors sur le poumon, se porta pour la première fois sur le péritoine, au lieu de suivre son cours ordinaire. Nous ne connaissons d'autre cause irritante, ajoute-il, qui ait agi immédiatement sur le péritoine, que le vomitif, qui fut administré à la campagne; mais un vomitif serait-il capable de servir de cause irritante à la péritonite? La pression des muscles de l'abdomen, les frottemens qui ont lieu entre les surfaces libres de la séreuse, les tiraillemens que les fortes contractions et le déplacement du ventricule font éprouver au tissu de l'épiploon et au tissu gastro-splénique, seraient-ils donc suffisans pour concentrer l'irritation du système artériel sur le péritoine, et pour faire pleuvoir à sa surface exhalante le sang et la sérosité? Nous n'osons l'assurer; mais nous avons vu plusieurs fois les malades rapporter l'origine de leur péritonite à un vomitif donné mal à propos. Dans cette circonstance, l'épanchement de sang ne pouvait qu'ajouter aux accidens de la péritonite, et rendre cette maladie plus douloureuse et plus grave. L'état du pouls correspond ici au degré de pléthore et à la violence de la douleur. Fort et inflammatoire dans le premier temps, il se concentre et devient rare et convulsif si

l'hémorragie s'est faite promptement; il se développe ensuite un peu dans le calme; enfin, il paraît vif, accéléré et petit dans les crises qui précèdent le dernier moment.

Pronostic. Le pronostic de la péritonite est presque toujours fâcheux; cependant, lorsqu'elle attaque subitement un sujet bien portant, elle peut être modifiée très-avantageusement par les moyens curatifs : alors elle est courte dans sa durée. En général, le danger se tire de la violence des symptômes autant que des causes de la maladie et de ses complications. Il est surtout plus grand à la suite des couches (*Voyez* PUERPÉRALE), à cause de l'état particulier dans lequel se trouve la femme à cette époque. Lorsque la maladie est simple, que la douleur se borne à un point du péritoine, que l'individu est fort et d'une bonne constitution, on peut espérer la guérison.

Marche et terminaison de la maladie. La péritonite aiguë parcourt ordinairement ses périodes avec rapidité. C'est à peu près depuis le cinquième jusqu'au dixième jour qu'on peut observer quelle est la voie qu'elle doit prendre; elle ne va guère au-delà du quatorzième ou vingtième jour lorsqu'elle est funeste, à moins qu'elle ne passe à l'état chronique; mais, quand l'événement n'est pas fâcheux, la guérison a lieu du dixième au quinzième jour. Comme les autres inflammations, elle se termine par résolution, par suppuration ou épanchement, par gangrène et par un état chronique.

1°. *Par résolution.* C'est la terminaison la plus favorable : elle s'opère depuis le cinquième et dixième jusqu'au quinzième et vingtième jour, et elle s'annonce par la cessation des douleurs, de la fièvre et des autres symptômes inflammatoires, ainsi que par le rétablissement des fonctions des organes contigus. Le malade se tourne indifféremment dans son lit sur les deux côtés; il n'y a plus de nausées ni de vomissemens, et il survient quelquefois une évacuation quelconque qui est critique, comme une diarrhée, des urines abondantes ou des sueurs copieuses. La fièvre disparaît, le pouls devient lent et souple, la tête n'est plus douloureuse et le sommeil revient. Un phénomène qu'on remarque quelquefois, et qui est commun à toutes les inflammations séreuses, ce sont des adhérences plus ou moins nombreuses dans les diverses portions de la surface polie du péritoine; cependant, elles sont plus rares ici que dans la plèvre. Le paquet des intestins grêles nous en offre peu d'exemples; on les trouve plus particulièrement à la convexité du foie, à celle de la rate, entre ces deux organes et l'estomac, à la première courbure du duodénum, à celle du colon, et plus fréquemment encore aux ligamens larges, aux trompes utérines, aux ovaires, etc. Au reste, ces adhérences

n'empêchent pas l'exercice des fonctions des viscères gastriques, à moins qu'une anse d'intestin adhérente au mésentère ne soit étranglée par quelque bride. D'après l'opinion de Bichat, ces adhérences intimes sont occasionées par un défaut d'exsudation dans deux portions contiguës d'une membrane séreuse enflammée. Or, ce défaut d'exsudation n'a lieu que dans les premières périodes de l'inflammation, où les exhalans des membranes séreuses sont remplis de sang qui s'y est accidentellement introduit, et empêche la sérosité de suinter de leur surface libre.

2°. *Par suppuration et épanchement.* Cette terminaison est fréquente lorsque les malades périssent; il est difficile néanmoins de déterminer d'une manière précise l'époque de la formation du pus et de l'épanchement. Elle nous semble annoncée par la diminution des douleurs abdominales, par un sentiment de pesanteur et d'oppression dans la partie affectée, avec un frisson irrégulier et un pouls plus lent et plus mou; les sécrétions et les excrétions restent à peu près les mêmes, mais le visage devient pâle et terreux, les extrémités plus froides, et les malades ne tardent pas à succomber. Peut-on espérer, lorsque la suppuration et l'épanchement sont établis, que l'absorption pourra se faire et le malade guérir? Telle est la question qui se présente ici, et à laquelle il est difficile de répondre, à cause de la rareté d'observations précises à cet égard. Nous savons, au contraire, que la matière épanchée, des fausses membranes, les flocons albumineux qui en sont le résultat ordinaire, ne paraissent pas de nature à pouvoir être facilement détruits et absorbés, ce qui rend dans ce cas le danger très-pressant. Toutefois, nous avons des exemples de guérison de péritonites dans lesquelles la matière de la suppuration s'était fait jour par le nombril. La présence du pus et de la sérosité existe presque constamment chez les sujets morts même au troisième jour par la violence de l'inflammation. Un caractère particulier à ce genre de suppuration, c'est qu'elle n'est accompagnée ni d'ulcération, ni d'érosion dans la membrane qui en est le siége; le pus paraît être rejeté par voie d'exhalation, comme les fluides séreux ordinaires. La couleur et la consistance de la matière purulente sont très-variables; cette matière est roussâtre, verdâtre ou blanchâtre comme du lait, et contient comme des débris de membranes et des flocons albumineux. Sa quantité varie aussi suivant une foule de circonstances, et elle est rarement en raison directe de l'inflammation. En effet, quelquefois on voit à peine des traces de celle-ci sur le péritoine que ses épanchemens sont très-abondans *et vice versâ*. La difficulté de rendre raison de cette circonstance a déterminé Selle à réfuter l'assertion de Walter,

qui pensait que les épanchemens qu'on trouve dans la capacité abdominale des femmes mortes de fièvre puerpérale étaient dus à l'inflammation du péritoine. L'opinion de Selle était, au contraire, que cette matière portée d'abord par métastase sur les intestins, y acquérait par son séjour un certain degré d'acrimonie capable d'occasioner une inflammation secondaire. Jamais, dit-il, ou presque jamais, dans le cas dont il s'agit, cette collection d'humeur puriforme n'est la suite de l'inflammation des intéstins ni du péritoine (*Rudimenta pyrethologiæ*, pag. 280 et suiv.). C'est cette matière qui, chez les femmes mortes de péritonite, à la suite des couches, a été prise pour du lait par les partisans de la métastase laiteuse. Mais les connaissances que nous avons acquises depuis longtemps sur les propriétés vitales et les fonctions que remplissent les membranes séreuses en général et le péritoine en particulier nous ont conduits à expliquer d'une manière satisfaisante la nature et la source de ces collections abondantes qui ont lieu dès le commencement de la maladie et lorsque l'inflammation est peu considérable. Dans l'état naturel, le péritoine est le siége d'une exhalation particulière d'un fluide séreux qui sert à entretenir dans sa surface libre ce poli qui est nécessaire aux fonctions auxquelles cette membrane est destinée. Si une cause quelconque vient à produire une inflammation, et que cette inflammation soit intense, le sang arrive avec plus d'abondance dans les vaisseaux exhalans, et alors l'exhalation du fluide séreux est moindre, et l'épanchement ne peut avoir lieu, à moins que ce ne soit le sang lui-même qui s'épanche, comme il arrive dans la péritonite hémorragique dont nous avons parlé plus haut. Mais si, au contraire, l'inflammation est modérée et n'attaque que certains points de la membrane, les capillaires exhalans se trouveront moins remplis par le sang; leur sensibilité propre sera davantage exaltée, et il en résultera une plus grande accumulation du fluide séreux. Plus celui-ci séjournera dans l'abdomen et hors des voies qui lui sont propres, plus il acquerra d'altération, et plus aussi il entretiendra l'inflammation du péritoine. L'absence de la rougeur n'est pas toujours un signe qu'il n'y a pas eu phlogose de cette membrane. Les physiologistes, et entre autres Bichat, nous ont donné une explication satisfaisante de ce fait. Ce dernier dit qu'à l'instant où les malades périssent, l'état de spasme ou d'irritation qui retenait le sang dans les vaisseaux capillaires venant à cesser, aussitôt ce liquide passe dans les vaisseaux collatéraux et disparaît, de la même manière que dans l'érysipèle, la rougeole, la scarlatine, etc. dont la rougeur est peu ou point apparente après la mort.

Par gangrène. De toutes les inflammations séreuses, la péri-

tonite est la plus susceptible de passer d'une forte inflammation à l'état de gangrène. Les phénomènes qui la font reconnaître sont la cessation brusque des douleurs abdominales, la petitesse du pouls, qui devient concentré et intermittent. La prostration des forces est considérable, la face hippocratique et la mort prompte. Les praticiens ne se trompent guère sur les signes qui indiquent cette fatale terminaison, et ils la constatent facilement ensuite en ouvrant les cadavres, d'où s'élève une odeur absolument semblable à celle qu'exhale une partie affectée de gangrène humide; la matière purulente est d'une couleur grise, noirâtre et extrêmement fétide; le péritoine est brun, livide, quelquefois perforé, et se déchire avec facilité.

Par chronicité. Outre les diverses terminaisons que nous venons d'indiquer, l'inflammation aiguë du péritoine passe très-souvent à l'état chronique; mais cette terminaison rentre dans la considération de la péritonite chronique dont nous avons à parler.

V. PÉRITONITE CHRONIQUE. *Causes.* Lorsque la péritonite aiguë dépasse le terme de quinze à vingt jours, qui est celui de sa plus grande durée, elle devient chronique, d'où il suit qu'une des causes fréquentes de cette forme de phlegmasie est d'abord l'inflammation aiguë, mais elle n'en est pas l'unique cause; car la péritonite chronique se manifeste d'une manière lente et insensible par les causes irritantes mécaniques et chimiques que nous avons déjà signalées, et qui agissent alors plus faiblement et sans être aperçues. Un âge avancé, ou bien la délicatesse et la débilité de la constitution; les métiers qui tiennent l'abdomen dans un état de pression ou de gêne habituelle; l'habitation des lieux malsains, humides et froids; la misère; le séjour prolongé dans les hôpitaux, et pour les militaires principalement, les fatigues, les marches forcées, les alimens de mauvaise qualité, qui agissent comme irritans; l'exposition au froid et à l'humidité, les bivouacs, le tremblement des fièvres intermittentes, comme l'a observé M. Broussais; les épanchemens lents de tout genre dans la cavité abdominale, etc., sont les causes les plus communes de la péritonite chronique. Son invasion est inaperçue, et ne peut être saisie par aucun signe certain; car lorsqu'on est appelé à traiter la péritonite chronique, et qu'on est parvenu à la reconnaître, on est déjà loin de l'époque de sa formation et de son développement. Ce n'est que par les questions qu'on adresse au malade qu'on peut remonter quelquefois à la source du mal, mais rarement y réussit-on surtout lorsqu'on a affaire à des individus qui viennent réclamer des soins dans les hôpitaux. Ce n'est donc guère qu'en suivant avec attention les progrès d'une péritonite aiguë qui passe à l'état chronique,

qu'on peut saisir les caractères qui font reconnaître la péritonite chronique.

Les *symptômes locaux et caractéristiques* sont les suivans : « Le malade éprouve une sorte de sensibilité continue dans l'abdomen, laquelle n'est appréciable quelquefois que par la pression, en sorte que, hors de cette exploration, il n'y a point douleur, et on croirait qu'elle est tout à fait dissipée. Or, c'est le propre de l'inflammation chronique des séreuses de n'être point accompagnée de douleurs vives. Baglivi, Morgagni, Sarcone ont vu la plèvre, cette membrane si sensible dans les inflammations aiguës, dévorée d'inflammation chronique et de suppuration profonde, sans que les malades se fussent plaints de la moindre douleur. Il est donc bien important de surveiller la terminaison de la péritonite aiguë pour ne pas s'en laisser imposer par la cessation des souffrances. Il est des cas néanmoins où les malades ressentent une douleur fixe, semblable à une sorte de déchirement ou de morsure sans sentiment de chaleur, et cette douleur a son siége le plus souvent à l'épigastre. Elle devient plus sensible par les secousses, les mouvemens, un exercice forcé, l'éternuement, etc.

On remarque dans le ventre une légère tuméfaction avec rénitence qui augmente vers le soir. L'appétit se conserve quelquefois, et la digestion n'est point dérangée ; ce qui fait présumer que la portion du péritoine qui tapisse l'estomac, n'est pas très-profondément altérée ; mais d'autres fois il y a des vomissemens, et ce symptôme qui peut indiquer que le péritoine est affecté sur l'estomac n'est cependant pas le symptôme pathognomonique de la maladie. M. Broussais parle du sentiment d'une boule qui tournoie dans le ventre, et tend à se porter vers la gorge : il l'attribue à l'agglutination des intestins qui forment, avec les glandes mésentériques engorgées, une masse ronde et mobile dans la cavité abdominale souvent sans épanchement fluide.

Les *symptômes généraux et sympathiques* de la péritonite chronique sont fort obscurs : le pouls est comme dans l'état naturel, excepté vers le soir où il acquiert un peu de fréquence. La chaleur augmente aussi à la même époque, tandis que, dans d'autres momens, elle n'offre rien de remarquable ; les pommettes deviennent rouges ; il y a de la dyspnée et de la toux beaucoup plus fortes dans une situation horizontale que dans la station. Ces accidens font soupçonner qu'il y a déjà quelque épanchement formé dans le bas-ventre, et ce soupçon acquiert encore plus de force, s'il y a œdème et infiltration des membres abdominaux et si les urines sont rares. La constipation se rencontre encore avec cette forme de la maladie, quoiqu'elle soit plus ordinaire dans la péritonite aiguë ; la

diarrhée cependant se déclare quelquefois, mais c'est vers la fin et lorsque la colliquation menace de terminer les jours de l'individu.

Diagnostic. Nous venons de voir combien il est obscur et difficile : le *pronostic* présente quelque chose de moins douteux ; car on peut dire que la péritonite chronique est presque toujours mortelle, du moins nous ne lui connaissons point d'autre genre de terminaison. En effet, dans la maladie parvenue à ce degré, il est rare qu'il n'y ait pas, dans le tissu du péritoine, des dépôts tuberculeux plus ou moins abondans, et la matière qui la forme, étant peu susceptible d'être absorbée, serait, à elle seule, à la longue, une cause de mort.

La *marche* et la *terminaison* de la péritonite chronique sont extrêmement variables et insidieuses. Il n'y a rien de positif dans la marche qui est plus ou moins longue : elle met d'autant plus de temps à conduire le malade au tombeau qu'elle a été plus difficile à reconnaître dès le commencement, que le sujet, par sa constitution, possédait plus de force pour résister aux ravages de la maladie, et que celle-ci offrait d'ailleurs moins de complication. Quant à la terminaison toujours funeste, elle a lieu de différentes manières. Parmi les malades qui succombent, les uns meurent dans le marasme et avec les symptômes d'une fièvre hectique; les autres, dans l'hydropisie sans fièvre et avec peu de douleur. Enfin, la péritonite chronique s'exaspère quelquefois par une irritation étrangère et par les progrès mêmes du mal, et alors les douleurs se renouvellent avec une certaine violence, comme si la maladie venait de prendre un caractère aigu ; mais ces accidens passagers d'une nouvelle phlogose disparaissent bientôt, et laissent un calme perfide qui termine les jours de l'individu. La mort est ordinairement subite et sans agonie.

VI. RÉSULTAT DES OUVERTURES DES CADAVRES A LA SUITE DE L'INFLAMMATION DU PÉRITOINE. Les nombreuses recherches anatomiques, faites à la suite de l'inflammation du péritoine, ont fait voir que cette membrane pouvait être enflammée en totalité ou en partie sans que les organes sous-jacens fussent affectés. Dans beaucoup de cas, les tissus musculaire et muqueux de l'estomac, des intestins, etc., ont paru sains, lors même que la gangrène s'était manifestée sur le péritoine. En général, les traces d'inflammation sont d'autant plus marquées, que la maladie était plus avancée et plus intense. Quelquefois une injection extrêmement fine et abondante s'est offerte à l'examen, tandis que, d'autres fois, la rougeur était presque imperceptible, le sang s'étant échappé par les vaisseaux collatéraux (Bichat).

Bayle, M. Broussais et autres ont vu, à la suite de la pé-

ritonite aiguë : 1°. la rougeur, l'épaississement de la membrane séreuse et des escarres, d'espace en espace, qui pénétraient jusqu'à la muqueuse ; 2°. une exsudation solide en forme de fausses membranes servant aux surfaces séreuses de moyen d'union toujours sans organisation ; 3°. une exsudation liquide tantôt trouble, tantôt limpide ou rougeâtre. On a trouvé aussi presque toujours, dans la cavité abdominale, plus ou moins de matière séreuse, purulente, qui baignait la surface des intestins dans plusieurs endroits. M. Broussais a de plus rencontré des caillots rouges, quelquefois minces, d'autres fois épais, étendus en forme de membranes sur le péritoine rouge et épaissi, même sans qu'il y eût de sang liquide et libre; une nappe fibrineuse paraissant être du coagulum dépouillé de sa partie colorante qui nageait dans la sérosité, et enfin du sang pur lorsque l'épanchement sanguin était considérable; le péritoine ne paraissait ni endurci, ni rugueux ; il était seulement injecté, développé, donnant des gouttelettes rouges à la pression.

La plupart des péritonites aiguës qui sont suivies du retour à la santé, se terminent par des adhérences organisées. Nous en avons parlé plus haut, et j'en ai vu des traces chez des sujets qui, dans le temps, avaient été affectés de péritonite, et étaient morts d'une autre maladie. Nous avons essayé d'expliquer la formation de ces adhérences, dont la plèvre nous offre les analogues. C'est l'immobilité des surfaces séreuses qui favorise leur développement, et elles paraissent être l'effet de la phlogose, quoiqu'elles n'en soient pas une preuve irréfragable.

Il y a, en général, fort peu de gaz dans les intestins, et ce n'est pas à leur présence qu'on peut attribuer la tuméfaction et le ballonnement du ventre qui se faisait remarquer avant la mort. Ce phénomène paraît plutôt dépendre du boursouflement du tissu cellulaire sous-jacent, comme nous l'avons dit ailleurs, quoiqu'on ne rencontre pas de trace de ce boursouflement après la mort.

Nous avons parlé aussi plus haut de la nature des désordres organiques qui ont lieu à la suite de la péritonite terminée par gangrène : nous n'avons pas besoin d'y revenir ici.

Ce qu'on observe à la suite de l'inflammation chronique est bien différent de ce que nous venons d'examiner. Le péritoine a contracté plus d'épaisseur, et l'inflammation semble avoir pénétré jusqu'aux membranes et aux organes sous-jacens. L'épanchement est séreux, limpide, verdâtre ou roussâtre ; on y aperçoit des filamens blancs comme puriformes : la rougeur est ici moins considérable. On découvre quelquefois sur toute l'étendue du péritoine, ou seulement sur quelques-uns de ses replis, ou dans les enveloppes qu'il fournit aux divers organes

de l'abdomen, des granulations pisiformes, blanchâtres, qu'on a comparées à certaines éruptions miliaires de la peau. Bayle a examiné ces sortes d'éruptions d'une manière particulière sur un cadavre qui en était prodigieusement pourvu. Il a observé qu'en râclant avec le scalpel les endroits où ces granulations se rencontraient, il les enlevait avec la même facilité qu'on enlève une fausse membrane un peu adhérente, et alors il a trouvé le péritoine présentant un aspect absolument naturel et dans l'état sain; mais, dans quelques endroits où les granulations étaient plus petites, miliformes, et s'élevaient sur un fond blanc, il n'a pu les râcler qu'avec beaucoup de peine, et en enlevant en même temps une portion du péritoine auquel elles adhéraient intimement. Dans le même cadavre, l'épiploon gastro-colique adhérait assez fortement à la portion du péritoine qui tapisse la paroi antérieure de l'abdomen, et à une portion de l'intestin grêle par le moyen de granulations aplaties dont il était partout recouvert.

« J'ai observé, dit M. Broussais, que le tissu du péritoine était semé de petits dépôts de matière pultacée, blanche, dite tuberculeuse, lesquels semblaient ne soulever qu'un seul feuillet transparent; que le tissu post et interpéritonéal était épaissi, lardacé, tuberculeux; ce qui donnait quelquefois au mésentère et aux épiploons plusieurs pouces de diamètre; que, dans ce tissu lardacé, se rencontraient des glandes tuberculeuses, surtout celles du mésentère; que l'épiploon gastro-colique était ramassé le long de la grande courbure de l'estomac, sous la forme d'une bande ligamenteuse; enfin, j'ai vu, ajoute-t-il, des espèces de vésicules, semblables à des hydatides formées par un amas de la sérosité la plus limpide, sous un feuillet transparent qu'elle avait soulevé. » Cet auteur croit que les hommes minces, lymphatiques, affaiblis par une maladie, ceux surtout dont les tissus capillaires centraux ont été en quelque sorte brisés par les fièvres intermittentes, sont plus sujets à présenter des désorganisations tuberculeuses. L'ascite et l'hydropisie étant souvent un des derniers résultats de la péritonite chronique, on en trouve des traces plus ou moins considérables en ouvrant les cadavres.

M. Broussais n'ose pas se prononcer sur d'autres lésions qu'il n'a pas vues, mais qui ont été observées par Baillie, telles que des tumeurs cancéreuses attachées au mésentère, des stéatomes, des hydatides libres. Toutefois ces tumeurs cancéreuses lui ont rappelé quelques observations qu'il avait d'abord écartées des péritonites, parce que la maladie ne s'était pas attachée aux feuillets les plus extérieurs formant la surface exhalante; mais, en y réfléchissant, il a pensé qu'il pourrait être utile de placer les altérations qui ont pris naissance der-

rière cette membrane, et dans le tissu qu'elle embrasse, et qui l'unit aux parties voisines à côté de celles de la surface libre. En conséquence, il a rapporté deux observations dont l'une est relative à un développement extraordinaire du tissu cellulaire post-péritonéal, avec état lardacé et ulcération, et l'autre à une phthisie sèche avec engorgement lardacé de l'abdomen.

Dans le premier cas, le sujet jeune et robuste, après une marche forcée, avait senti tout à coup une douleur dans le bas-ventre. Cette douleur s'accrut, de jour en jour, à un tel point que le malade fut obligé d'entrer dans un hôpital; cependant, comme les fonctions en étaient peu altérées, on finit par faire peu d'attention à son état, et on le négligea; mais le mal fit insensiblement des progrès, et, peu de temps avant la mort, le ventre était un peu élevé et uniformément rénitent. On ne pouvait le déprimer sans occasioner une douleur sourde et profonde; mais quand on n'y touchait point, le malade n'y ressentait aucune douleur : le pouls était petit, faible et peu fréquent; il s'accélérait un peu le soir, et il y avait des sueurs assez copieuses pendant la nuit. Le malade mourut dans le dernier degré de marasme. A l'*ouverture* du corps, on trouva dans l'abdomen une masse solide, lardacée, à fond jaune, semée de taches noires, offrant l'aspect du granit, et remplissant toute la cavité abdominale. Un examen scrupuleux démontra qu'elle était formée par le développement du tissu cellulaire qui unit le péritoine aux parties contenantes, et de celui que renfermaient les différens replis de cette membrane..... En disséquant cette masse, on vit qu'elle se partageait en deux portions; une, antérieure mobile; l'autre, postérieure fixe. La première, qui s'étendait depuis la grande courbure de l'estomac jusqu'au bassin, représentait un large coussin de l'épaisseur d'environ deux pouces et demi à trois pouces : elle était formée par le développement du tissu cellulaire du grand épiploon. A sa partie antérieure et inférieure, était un ulcère creux rempli d'une matière noirâtre ichoreuse, chargée de flocons graisseux et lymphatiques en putréfaction; les parois de l'ulcère étaient perpendiculaires, inégales, rugueuses, calleuses et noirâtres, ayant l'aspect d'un cancer dont il approchait par son odeur. Ce foyer avait la forme d'un croissant dont la convexité regardait le pubis; sa longueur était de huit à neuf pouces, et sa largeur, de haut en bas, de trois : la portion du péritoine appartenant aux parois qui la recouvraient antérieurement, n'était point désorganisée; elle était aussi lisse et aussi mince que le reste..... Le coussin, soulevé et renversé sur la poitrine, on put se convaincre que l'ulcère ne l'avait point traversé. Le reste de la masse était formé aux dépens du tissu intermésentérique prodigieusement épaissi et

réduit à l'état lardacé. Les intestins se voyaient à peu près dans la situation naturelle; la portion de péritoine qui recouvre leur face antérieure, était restée en place, sans doute parce que le tissu qui unit cette membrane à la tunique musculaire, n'avait pu se prêter à l'épanchement; tout le canal intestinal put être enlevé sans qu'il se déchirât : il était intègre dans ses trois membranes jusqu'à sa face postérieure où les deux feuillets mésentériques ont coutume de s'écarter..... » Voilà, ajoute M. Broussais, une maladie du tissu post-péritonéal. La désorganisation qu'elle a laissée est un engorgement lardacé, semblable à ceux qui précèdent ordinairement la dégénérescence cancéreuse. L'ulcère qui s'est développé au milieu de cette masse, avait tout l'aspect des ulcères cancéreux; son pus était fétide, et cependant la portion de péritoine qui lui correspondait n'était point altérée.

Dans le second cas, l'individu, un an avant sa mort, ayant été traité de la gale, ressentit, à la suite de ce traitement, des douleurs dans le ventre pour lesquelles il entra à l'hôpital de Nimègue. Ces douleurs, d'abord vagues, se fixèrent sur les hypocondres. Quatre mois avant sa mort, il contracta un rhume qui ne cessa de faire des progrès. A dater de la même époque, l'embarras et la douleur sourde du bas-ventre augmentèrent. En prenant le service, le 12 germinal an XIII, dit M. Broussais, je trouvai ce malade déjà fort maigre avec une fièvre hectique à peine marquée par une exaspération du soir, toussant un peu et ne crachant point. Le ventre était un peu élevé, mais rénitent et sans météorisme. Le malade n'avait ni coliques ni dévoiement; la pression forte était douloureuse; les mouvemens du tronc et les efforts l'étaient peu; dans l'immobilité, il n'y avait aucune souffrance. Du 12 germinal au 7 floréal, amaigrissement peu sensible, sans aucune plainte; du 7 floréal au 15, la figure s'excava, le marasme fut rapide, plus de toux qu'à l'ordinaire; boissons pectorales, anodines, éthérées; figure riante, beaucoup d'espoir; du 15 au 17, douleurs de ventre, difficulté d'uriner; l'abdomen me parut dur, élastique en quelques points, et beaucoup plus douloureux au toucher; voix tremblante, à peine articulée; faiblesse et marasme au dernier point; pouls précipité, très-petit; le 18, agonie comateuse à la suite d'une chute qu'il fit en voulant aller à la garde-robe : il s'éteignit assez tranquillement.

Ouverture du cadavre. Je supprime tout ce qui regarde la poitrine.

Abdomen. Tout était collé et réuni en une seule masse bigarrée à fond blanc jaunâtre, à taches jaunes, brunes ou noires. La dissection démontra : 1°. tout le conduit digestif

sain dans ses deux membranes internes et dans la portion du péritoine qui tenait à sa partie libre ; 2°. la rate saine ; 3°. le foie jaune et plus volumineux que de coutume ; 4°. la vessie en bon état ; 5°. les intestins dégagés, comme dans le sujet de l'histoire précédente : nous vîmes que la masse se réduisait au mésentère, au méso-colon et aux épiploons, tous prodigieusement développés et élargis, et en la disséquant nous reconnûmes, 6°. que le tissu cellulaire qui unit le péritoine aux parois abdominales et celui qu'embrassent les différens replis mésentériques, était rempli (dans tous les points où il est lâche, car la portion de péritoine de la face libre des viscères leur était intimement collée) d'une matière lymphatique, brunâtre, blanchâtre, et de flocons sphériques de graisse, le tout enveloppé par des cellules transparentes, et qui ne semblaient avoir éprouvé d'autre désorganisation que l'extension et l'amincissement ; 7°. que la surface libre du péritoine recouvrait tout cet amas informe ; 8°. qu'elle conservait sa transparence, et était beaucoup plus mince que de coutume ; 9°. que, sans être recouverte d'aucune exsudation, elle adhérait presque partout avec elle-même par un simple collement que le doigt détruisait facilement ; 10°. que les glandes mésentériques étaient développées, d'apparence squirreuse et comme composées de grains tuberculeux à l'imitation des gros tubercules pulmonaires ; 11°. dans toute la masse, je ne pus distinguer aucune trace de vaisseaux sanguins. M. Broussais attribue cette maladie du tissu post-péritonéal à une métastase de la phlogose psorique qui résidait d'abord dans le tissu de la peau ; cependant il n'a pas la prétention de désigner les causes prédisposantes locales qui ont appelé cette irritation dans les annexes du péritoine.

VII. COMPLICATION DE LA PÉRITONITE. On ne peut qu'en indiquer les principales en passant, la nature de cet article ne comportant pas d'en traiter en détail. La péritonite aiguë peut se compliquer avec la fièvre angioténique (inflammatoire) : alors la phlegmasie attaque un sujet robuste et vigoureux, et les accidens paraissent plus intenses, les douleurs et la chaleur plus vives ; le pouls est fort et fréquent, et la maladie éminemment inflammatoire. La péritonite se rencontre encore avec la fièvre dite gastrique, ou plutôt avec une irritation ou une phlogose de la muqueuse de l'estomac et des intestins grêles. Cette complication n'est pas facile à caractériser seulement d'après les nausées et les vomissemens qui se manifestent, parce que nous les avons vus dépendre de l'inflammation du péritoine. Cependant, si la langue est muqueuse, blanchâtre ou jaunâtre ; si la bouche est amère et pâteuse, la tête douloureuse surtout audessus des orbites ;

enfin, si le teint est jaune et le pouls plus fort et plus plein qu'il ne l'est d'ordinaire dans la péritonite simple; si la chaleur est mordicante; si la constitution de l'air est en même temps favorable aux maladies bilieuses, et enfin si des causes antécédentes ont disposé l'économie animale à ces affections : cet ensemble de signes peut indiquer la complication dont il s'agit. Il est évident que la méthode curative devra être fondée sur la prédominance respective des élémens des deux maladies, et cette règle s'applique aux autres complications possibles.

Suivant que les sujets atteints de péritonite sont doués d'une sensibilité vive et d'une grande mobilité, il pourra se développer dans la maladie des symptômes nerveux. Il est à présumer qu'alors l'irritation se répète sympathiquement sur les organes de la sensibilité, et le cerveau en est plus ou moins affecté : il y a délire et stupeur comme dans les fièvres dites malignes. Nous avons déjà parlé de ce cas, et il est bien difficile d'assurer s'il existe une vraie complication, ou si ce n'est qu'un développement particulier de la maladie. Dans le traitement, il importe d'avoir égard à ces accidens nerveux, soit qu'ils aient été provoqués par la péritonite, ou qu'ils en soient indépendans depuis l'origine.

Lorsqu'il y a prostration des forces, fétidité de l'haleine, fuliginosité des dents et de la langue, on dit qu'il y a complication avec une fièvre putride ou adynamique; mais ce cas pourrait bien n'être autre chose qu'une inflammation du péritoine avec un caractère de faiblesse et de débilité dans les systèmes généraux de l'organisation. Ce ne peut être qu'à l'aide de la méthode analytique qu'on peut débrouiller le chaos de toutes ces coïncidences ou soi-disant complications.

Les ouvertures des cadavres nous ont prouvé que le péritoine pouvait être seul enflammé; mais il faut reconnaître aussi que cette inflammation ne peut durer longtemps, et offrir un très-haut degré d'intensité, sans se communiquer bientôt aux organes sousjacens. Il est douteux par conséquent que la péritonite chronique existe sans altération plus ou moins profonde des organes voisins. On ne conçoit pas, par exemple, que la portion du péritoine qui recouvre le foie, puisse être enflammée sans qu'il y ait en même temps hépatite au moins superficielle, et réciproquement qu'il y ait hépatite sans phlegmasie de la séreuse correspondante.

Non-seulement la péritonite se communique, avec le temps, aux organes abdominaux, avec lesquels la membrane séreuse est la plus intimement unie, tels que la rate, l'estomac, la vessie et la matrice; mais il arrive encore fréquemment que l'inflammation particulière de ces organes se propage sur le

péritoine. Cette circonstance détermine grand nombre de péritonites secondaires.

Quoique les membranes séreuses ne forment pas un système continu dans l'économie animale, comme les membranes muqueuses, elles se communiquent cependant leurs affections avec beaucoup de facilité, de telle sorte qu'une péritonite engendre une pleurésie et réciproquement. J'ai vu des exemples où les séreuses des trois cavités étaient enflammées simultanément; ce qui donnait lieu à une maladie des plus graves et en même temps des plus difficiles à caractériser, tant se trouvaient variées, par ce concours d'accidens, les lésions des fonctions vitales. Je vais en rapporter ici une observation qui, j'ose le dire, ne sera pas lue sans intérêt.

Le nommé Gotthard Lich, natif de Lansdorf, âgé de vingt-cinq ans, fusilier au deuxième régiment d'infanterie de Hesse, décoré d'un ordre national et de la légion d'honneur, entra à l'hôpital, numéro trois, à Dantzick, le 3 d'avril 1812. Le 4, à ma visite, je trouvai ce malade dans un état de chaleur considérable, avec une grande douleur de tête au front et à l'occiput, rougeur de la face et de la conjonctive, langue blanchâtre, muqueuse, respiration pénible, douleur vive au côté gauche de la poitrine, constipation, urines rares et rouges, sentiment d'ardeur à la plante des pieds, engourdissement des membres, pouls fort, fréquent et developpé. L'individu était robuste, et avait éprouvé la veille un frisson bien marqué en venant de monter sa garde. Je crus voir dans son état une vraie synoque commençante avec divers points douloureux d'un caractère inflammatoire. Je prescrivis une saignée du bras, des adoucissans et des antiphlogistiques, tels qu'une décoction d'althéa nitrée, des émulsions et quelques poudres tempérantes. En outre, je fis faire des fomentations sur le ventre et la poitrine, et le malade se trouva soulagé; mais, le soir, il y eut un redoublement, et, la nuit, beaucoup d'agitation. Le 5, répétition de la saignée, qui me parut indiquée autant par la force des symptômes que par la constitution de l'individu: d'ailleurs on continua les mêmes moyens que la veille; la journée et la nuit suivante furent plus calmes. Le 6, la fièvre ayant paru diminuée, et quelques symptômes d'un état gastrique s'étant manifestés, je prescrivis un peu de crême de tartre soluble qui procura deux ou trois selles. Le 7, le malade avait mal passé la nuit, il avait éprouvé beaucoup d'agitation et de chaleur, la tête était douloureuse et pesante, les yeux rouges, enflammés, le visage animé, battement des artères temporales, langue sèche, peau aride, pouls fréquent et développé. Application aux tempes de douze sangsues, qui procurèrent du soulagement; tisane d'orge nitrée avec l'oxymel,

mixture huileuse et émulsion données tour à tour. Le 8, la nuit avait été agitée; paroxysme aussi fort que le précédent, chaleur insupportable, sécheresse de la bouche, état de stupeur, altération des traits de la face, oppression de poitrine, tension et gonflement du ventre, commencement de délire; mêmes moyens, fomentations froides sur la tête, lavemens émolliens. Le 9, délire pendant toute la nuit, et rémission marquée le matin; néanmoins, pouls fort, fréquent et irrégulier, stupeur, langue sèche et soif intense, l'abdomen tendu, météorisé, sensible au tact; fomentations émollientes, décoction de guimauve nitrée (et pour complaire au chirurgien de son régiment, qui croyait apercevoir chez le malade tous les signes d'un vrai typhus ou fièvre maligne) : poudres faites avec un mélange de camphre et d'acétate d'ammoniaque concret, et une potion de valériane éthérée, à prendre alternativement. Vers le soir, nouvelle exacerbation marquée par un léger froid au commencement. Le 10, le délire avait été encore plus fort la nuit précédente, et le malade portait constamment ses mains à la tête, comme s'il eût voulu indiquer que c'était là le point principal de ses souffrances : difficulté bien marquée de respirer, le pouls toujours fréquent et fort, suspension des remèdes de la veille et application nouvelle des sangsues à la tête. Le malade parut soulagé, et il passa plus tranquillement le jour et la nuit suivante. Le 11, selles spontanées, qui procurèrent de l'amendement; néanmoins, le bien-être ne se soutint pas, et vers le soir le délire augmenta et dura toute la nuit. Le 12, rubéfians aux jambes et ensuite à la poitrine. Je fis prendre un mélange de mercure doux et de poudre de digitale, dans les vues de rappeler les selles qui avaient paru la veille, et de prévenir, par ce moyen, la formation, dans la tête, des collections d'eau que je redoutais. Ce remède produisit en effet des évacuations copieuses, et amena du soulagement; le délire diminua. Les 13, 14 et 15, continuation des mêmes moyens; on aurait dit que la tête et la poitrine étaient dégagées. Le ventre était plus libre, le pouls plus régulier et moins fréquent, la langue moins sèche, et enfin l'état de stupeur moins considérable. Je ne pouvais méconnaître les bons effets du mercure doux, dans cette occasion; cependant, je n'osais espérer une terminaison favorable. En effet, le 16, les symptômes reprirent plus de force, le délire parut de nouveau, le ventre devint tendu et météorisé, mouvemens convulsifs des muscles. On appliqua d'autres synapismes à la plante des pieds, et comme les forces vitales parurent plus affaiblies, on donna la valériane avec le camphre et l'acétate d'ammoniaque. Le 17 et le 18, même état et mêmes moyens, le délire continua, il y eut une agitation extrême pendant la nuit,

et même des mouvemens convulsifs plus forts. Le 19, vers les six heures du matin, ce malade cessa de vivre.

L'ouverture du corps, faite en présence de M. Rauch, chirurgien-major du régiment auquel appartenait l'individu, et de MM. Geisler, Haffner, etc., fournit les résultats suivans : Le *crâne* contenait beaucoup de sang, les sinus de la dure-mère et les vaisseaux du cerveau étaient considérablement engorgés. La pie-mère, dans plusieurs endroits, surtout à la partie supérieure de l'encéphale, paraissait comme adhérente à cet organe, et l'on remarquait çà et là des points d'inflammation et des traces d'une suppuration réelle. Les ventricules latéraux contenaient encore peu d'eau, mais les plexus choroïdes étaient injectés, le quatrième ventricule était plein de sérosité. La *poitrine* ayant été ouverte, il s'échappa beaucoup de sérosité sanguinolente épanchée. La plèvre, principalement du côté droit, était adhérente avec les côtes. Sa partie antérieure et inférieure paraissait enflammée et parsemée de points en suppuration. Les poumons étaient sains; mais la cavité du péricarde se trouva remplie d'une sérosité purulente. Le cœur était enveloppé dans toute son étendue par une exsudation membraniforme jaunâtre, d'environ deux lignes d'épaisseur. En la râclant avec le scalpel, elle offrait tous les caractères d'une matière purulente; la surface interne du péricarde était tapissée d'une semblable matière, et le cœur, rempli d'un sang noirâtre, était d'un tissu friable et poisseux. Le *péritoine*, toute la surface séreuse des intestins et l'épiploon étaient rouges et injectés de sang. La cavité abdominale contenait plusieurs onces d'une sérosité blanchâtre, purulente, qui baignait le péritoine. Le foie, plus volumineux que dans l'état ordinaire, était gorgé d'un sang noir. M. Rauch attribua cet accident à une fièvre quarte rebelle que cet individu avait essuyée quelque temps auparavant. Le canal intestinal, ouvert dans sa longueur, ne nous fit découvrir rien de remarquable.

Réflexions. N'est-ce pas là une affection générale du système séreux, laquelle explique les phénomènes qui ont eu lieu dans la maladie? L'inflammation de la pie-mère et de l'arachnoïde ne rend elle pas raison des douleurs considérables de la tête, du délire et des autres accidens nerveux qui se sont manifestés? L'inflammation de la plèvre et du péricarde, des douleurs de poitrine, de l'oppression du point du côté et de l'irrégularité du pouls, qu'on a remarqués? Celle du péritoine, de la tension du météorisme et du sentiment douloureux de l'abdomen dans tout le cours de la maladie? Et si on n'avait pas fait l'ouverture du cadavre, n'aurait-on pas été

tenté de rapporter la maladie à quelque ordre de fièvre, telle que la synoque, ou plutôt à celui des fièvres malignes ou ataxiques?

VIII. TRAITEMENT DE LA PÉRITONITE. Pour fonder, d'une manière convenable, la méthode de traitement appropriée à l'inflammation du péritoine, il ne faut perdre de vue ni les caractères, ni les divers degrés, ni les modifications que cette maladie présente, car le traitement en est différent, suivant qu'elle est aiguë ou chronique, simple ou compliquée.

1°. *Traitement de la péritonite aiguë.* Dans toute maladie inflammatoire, la première indication qui se présente, c'est d'écarter de la partie souffrante tout ce qui pourrait augmenter la douleur et l'irritation; c'est pourquoi, dans la péritonite, on devra d'abord débarrasser le malade des vêtemens, des liens et de tout corps étranger capable de comprimer le ventre, et lui recommander d'éviter les mouvemens, les efforts, l'exercice et les frottemens dont l'action pourrait se faire sentir d'une manière pénible sur l'abdomen; enfin, on aura soin de placer le malade dans son lit de manière qu'il n'éprouve point de gêne de la part des couvertures ni des corps environnans, et on fera attention en même temps que l'air de l'appartement ne soit ni trop chaud, ni trop froid, ni altéré par la respiration d'un grand nombre d'individus, et que les visites ne deviennent pas importunes au point de troubler le repos et la tranquillité du malade, dont le moral doit être aussi préservé de toute impression pénible ou fâcheuse. Telles sont les précautions générales à prendre dans le cas qui nous occupe, et qui doivent être observées aussi dans tous les cas où le médecin se trouve appelé auprès d'un malade qui souffre.

On devra diriger ensuite l'examen sur l'organe affecté, et, interrogeant la douleur et ses symptômes concomitans, s'assurer de l'époque de la maladie et de son degré d'intensité. Après avoir acquis la certitude de son caractère inflammatoire, on s'occupera à diminuer et à détruire l'irritation dans le lieu souffrant, à l'aide des moyens que l'art met à la disposition du médecin. Ici, il ne peut pas agir directement sur le mal, comme lorsqu'il a son siége sur la muqueuse gastrique; mais il peut le modérer et le combattre efficacement : 1°. en affaiblissant la circulation par des évacuations plus ou moins abondantes de sang; 2°. en portant sur les extrémités sentantes des nerfs qui s'offrent le plus immédiatement à son action, des médicamens relâchans et adoucissans; 3°. en employant des moyens révulsifs dans les vues de porter loin de la partie malade le point d'irritation qui s'y trouve fixé.

Mais l'emploi de tous ces moyens est soumis à des règles

qui dépendent de l'intensité, de la violence et du caractère de l'inflammation.

Lorsque la péritonite est forte et considérable, et qu'elle attaque un sujet robuste et bien constitué, on aura recours d'abord aux évacuations générales de sang, et ensuite à l'application des sangsues. Dans les saignées locales, les sangsues sont préférables aux ventouses qui sont trop douloureuses pour l'état aigu. On les appliquera le plus près possible de la partie souffrante, et, par conséquent, sur la région de l'abdomen; on les applique aussi avec avantage à l'anus et à la vulve; à l'anus, lorsque l'individu atteint de péritonite est sujet au flux hémorroïdal, et que ce flux se trouve supprimé, soit par accident, ou à cause de la maladie existante; à la vulve, lorsque la péritonite est le résultat d'une suppression des règles ou des lochies, ou coïncide avec cette suppression, il vaut mieux toutes choses égales, et quand il n'y a pas de contre-indication, faire d'abord des saignées abondantes que de petites, et employer un plus grand nombre de sangsues que ne le font ordinairement la plupart des praticiens. En général, les saignées, soit générales, soit locales, sont indiquées dans la péritonite, tant que l'état inflammatoire est manifeste, quelle que soit l'époque de la maladie; mais elles cessent de l'être lorsque l'inflammation commence à se juger, ou se termine en une autre maladie : ainsi, lorsqu'on a lieu de soupçonner qu'elle vient de passer de l'état de suppuration ou d'épanchement à celui de gangrène ou de chronicité, il faut s'en abstenir.

Pour seconder les bons effets des saignées, et concourir de plus en plus au soulagement et à la guérison du malade, on emploiera des fomentations émollientes locales avec les précautions que le poids des compresses ne gêne point l'individu et ne détruise pas l'effet qu'on se propose. Ces fomentations devront être froides ou chaudes suivant les circonstances. Par exemple, si le malade est doué d'une grande sensibilité nerveuse; si, par son tempérament, il est disposé aux répercussions de la transpiration; s'il a la poitrine faible et délicate; si la réaction vitale chez lui est peu considérable, et si en même temps l'atmosphère est froide, on devra préférer les fomentations et les bains, observant qu'ils possèdent un degré de chaleur modérée, afin que, par l'excès de température chaude, ils n'augmentent point le malaise, et que, par le défaut contraire, ils n'augmentent point le frisson. Au reste, pour se diriger dans cette occasion, il est utile de consulter la sensation même du malade.

Mais lorsque la chaleur de l'atmosphère est forte, et que le malade, d'ailleurs robuste, est en proie à une fièvre ardente, que la chaleur du corps est excessive, ainsi que la soif, les

fomentations et les aspersions froides, poussées même quelquefois jusqu'à la glace, doivent être employées. On se sert en général avec succès de l'oxicrat ou de tout autre liquide acidulé.

Les boissons qu'on donne à l'intérieur, doivent être prescrites dans le même but que la fomentation dont nous venons de parler; car elles ont des propriétes analogues, qui sont de calmer, d'adoucir les extrémités des nerfs qui s'épanouissent sur les muqueuses de l'estomac et des intestins : ainsi, les boissons mucilagineuses, légèrement acidulées, la limonade, l'eau de groseille, les émulsions nitrées, l'eau d'orge édulcorée, et enfin toute boisson, dite antiphlogistique, sont convenables. On les prescrira froides ou tièdes d'après les mêmes principes et les mêmes motifs qui président à l'emploi des fomentations extérieures. C'est ici que trouvent également leur application les lavemens adoucissans et mucilagineux, et quelquefois acidulés, qui, en diminuant la constipation, agissent d'une manière si puissante pour rafraîchir et calmer les entrailles; quelquefois on mêle aux fomentations, aux boissons et aux lavemens l'opium et les antispasmodiques; mais ces calmans sont peu indiqués surtout dans les boissons au commencement de la maladie : ils peuvent être utiles vers le déclin lorsque la réaction est tout à fait tombée, et qu'il ne reste plus qu'une sensibilité locale.

Pour agir comme calmans des nerfs et répartiteurs uniformes de la sensibilité, on se sert de légères frictions sur les membres, faites avec la main ou avec de la flanelle douce, etc. Elles tendent à diminuer l'irritation dans l'organe affecté.

Il est évident, d'après l'idée que nous avons de la maladie, que toute boisson forte, stimulante, et tout aliment solide doivent être bannis du traitement de la péritonite, principalement dans sa période inflammatoire; car en irritant immédiatement les nerfs de l'estomac, ils provoquent des mouvemens douloureux dans l'organe de la digestion et, par communication, dans le péritoine. On doit donc se borner à donner de légers bouillons jusqu'à ce que l'inflammation commence à se dissiper; car, avant cette époque, rien ne peut être plus funeste que les écarts de régime, ainsi que nous l'avons vu dans les hôpitaux. A ce sujet, je vais citer une observation qui m'a été communiquée tout récemment par mon digne ami le docteur Damiron, médecin professeur du Val-de-Grâce.

Observation. Le nommé Genetz (Nicolas), de la cinquante-neuvième légion, est entré à l'hôpital le 11 septembre dernier. Le 12, à la visite, il était couché sur le dos, la face animée, les yeux proéminens et enflammés, la langue tremblante et rouge sur les bords, couverte de mucosités jaunâtres à sa surface, soif ardente, douleur à l'épigastre et aux hypo-

condres, chaleur âcre et mordicante de la région abdominale, pouls dur, serré et fréquent (application de vingt-cinq sangsues à l'épigastre, évacuation considérable de sang par ce moyen, limonade pour boisson, diète absolue, deux lavemens avec l'oxicrat.). Le 13, pâleur de la face et diminution de la chaleur, la langue moins rouge, plus humide et moins tremblante, la tête libre, le pouls plus souple et moins fréquent (continuation de la limonade, un peu de bouillon). Malgré ce mieux apparent, les accidens s'aggravèrent vers le soir, et le malade cessa de vivre, le 14, à deux heures du matin. Il fallait rechercher la cause d'une mort si prompte et si peu attendue. On procéda à l'ouverture du cadavre. *État extérieur.* Toutes les veines superficielles de la peau pleines de sang, comme si elles eussent été soumises à une injection artificielle pour des recherches angéiologiques, l'épiderme se détachant avec la plus grande facilité partout où l'on touchait le cadavre. *Crâne.* Rien de particulier. *Thorax.* Le poumon gauche sain, le droit présentant de nombreuses adhérences avec les côtes, mais son parenchyme sain et crépitant, le cœur rempli de sang. *Abdomen.* Péritoine très-enflammé dans toute son étendue, et des points noirâtres çà et là ; dans l'estomac, plus d'une pinte d'une liqueur rouge foncée qu'on a dû prendre pour du vin ; la même liqueur en assez grande abondance était contenue dans les intestins grêles, mais les gros intestins n'offraient rien de semblable ; ils étaient tapissés de mucosités blanchâtres ; la membrane muqueuse de tout le conduit alimentaire était parfaitement saine ; le cadavre exhalait une odeur de vin très-prononcée : ce qui fit présumer que le sujet était adonné à cette liqueur, et qu'apparemment il en avait fait excès en cachette la veille de sa mort ; ce qui avait accéléré sa dernière heure.

Puisqu'il s'agit ici des irritans introduits dans les voies alimentaires et des désordres qu'ils peuvent produire dans l'inflammation du péritoine, nous ne devons pas oublier les *vomitifs* et les *purgatifs*, dont il est si facile d'abuser dans le traitement de cette maladie.

Les *vomitifs* ont plus d'une fois contribué au développement de la péritonite ; à plus forte raison lorsque l'inflammation existe déjà, les efforts convulsifs des muscles abdominaux et les frottemens divers que ce médicament occasione sont très-propres à l'augmenter ; cependant beaucoup de médecins ont cru longtemps que c'était un remède souverain dans la péritonite, et surtout dans celle des femmes à la suite des couches. Cette erreur est venue de ce que Doulcet et autres l'ont employé avec succès dans le traitement des *fièvres puerpérales.* Or, comme par la suite on a confondu mal à propos ces mala-

dies avec la péritonite, on n'a pas manqué de transporter dans le traitement de celle-ci ce qui avait paru avantageux dans le traitement de celles-là, sans faire attention que les auteurs, sous le nom vague de fièvres puerpérales, avaient décrit bien des maladies dans lesquelles il est impossible de rien découvrir qui se rapporte à la péritonite. Telle a été peut-être cette fièvre épidémique observée à l'Hôtel-Dieu de Paris, chez les femmes nouvellement accouchées, et dans laquelle l'ipécacuanha donné à des doses modérées, mais assez fortes pour faire vomir, eut des effets si salutaires entre les mains de Doulcet. Oserait-on affirmer, contre notre opinion, que cette maladie était une péritonite? Dans ce cas je répondrais, qu'entre cette phlegmasie et la péritonite ordinaire, il y avait quelque différence notable, et que dans la première il fallait qu'il y eût quelque modification particulière accommodée à l'action du vomitif, sans qu'on puisse inférer de ce fait rien qui ait rapport à l'inflammation du péritoine proprement dite. Je pourrais tout au plus accorder qu'on avait affaire peut-être à une péritonite secondaire légère, et que la maladie principale était ou un embarras gastrique ou une fièvre dite muqueuse influencée par les circonstances des couches.

Si les vomitifs, chaque fois qu'on les a employés dans la péritonite, n'ont pas produit des effets nuisibles, il faut l'attribuer sans doute à ce que l'inflammation n'était pas très-intense ni le sujet très-irritable, ou que la maladie déjà un peu avancée et compliquée d'accidens gastriques ou muqueux, loin de contre-indiquer ce remède, pouvait en réclamer l'emploi. De cette différence d'action dans les divers cas que nous venons de signaler, il résulte : 1°. que les vomitifs doivent être rejetés lorsque la péritonite est simple et éminemment inflammatoire, surtout au commencement; 2°. qu'ils peuvent être regardés comme indifférens, lorsque l'inflammation est diminuée et que l'irritation est peu considérable; 3°. enfin, qu'ils peuvent être utiles vers le déclin de la maladie, et lorsqu'il y a dans l'estomac un amas de substances irritantes telles que de la bile ou des matières muqueuses; mais nous devons remarquer qu'alors le médicament ne combat pas la péritonite, mais bien quelques accidens étrangers et concomitans. Comme c'est dans la péritonite puerpérale que les vomitifs ont été principalement recommandés, c'est au mot *puerpéral* de ce dictionaire qu'on déterminera d'une manière plus précise l'usage qu'on peut en faire.

Les *purgatifs*. Ce que nous venons de dire des vomitifs s'applique également aux purgatifs. Au commencement de la maladie ils ne sont pas plus indiqués que les premiers, parce que la contraction vermiculaire qu'ils occasionent dans le plan

musculeux des intestins, ne fait qu'appeler une nouvelle dose de sensibilité dans la surface péritonéale enflammée, et par conséquent exaspérer les accidens de l'état aigu ; mais s'il faut ici repousser les purgatifs, des boissons légèrement laxatives pourront être très-convenables pour vaincre la constipation souvent opiniâtre dans cette maladie. On les emploie avec plus d'avantage encore lorsque l'inflammation est un peu diminuée. En général les purgatifs, comme les laxatifs, doivent être pris dans la classe des huileux et des mucoso-sucrés, tels que l'huile de ricin et la manne. Le petit-lait rendu laxatif par l'addition d'un peu de crême de tartre et toute autre solution de crême de tartre sont encore des remèdes qu'on peut recommander dans le traitement de la péritonite pour détruire le ténesme et une douleur locale qui tire sa source de l'accumulation des matières stercorales dans les gros intestins. Les lavemens huileux et laxatifs peuvent aussi seconder ou remplacer ces moyens au besoin.

Telles sont à peu près les règles générales de traitement de la péritonite aiguë. Après avoir calmé la douleur et favorisé une crise salutaire à l'aide des saignées, des fomentations émollientes, des boissons mucilagineuses sucrées ou acidulées et des lavemens rafraîchissans ou laxatifs, il ne faut point négliger les moyens accessoires qui portent leur action sur la peau, entretiennent ses fonctions exhalantes, la nétoient ou la stimulent, et procurent une distribution régulière des fluides, tels que les bains et les frictions dont nous avons déjà dit un mot ; cependant, relativement aux bains, il se présente un inconvénient dans leur emploi : il est à craindre que l'attirail bruyant qu'ils entraînent, les mouvemens que le malade est obligé de faire pour s'y placer, la situation pénible qu'il est forcé de tenir ne le privent du repos dont il a besoin.

Il est encore d'autres remèdes qu'on nomme *révulsifs* et qui sont spécialement indiqués après que la réaction vasculaire a été suffisamment combattue : tels sont les rubéfians et les vésicatoires ; ni les uns ni les autres ne doivent être appliqués sur la partie douloureuse, surtout dans la période d'acuité ; car ils ne feraient qu'augmenter les souffrances et faire perdre un temps précieux pour l'emploi de moyens plus avantageux, tels que les émolliens et les sédatifs. On se sert avec avantage de l'application sur les extrémités inférieures de linges trempés dans une décoction de moutarde avec le vinaigre et la moutarde elle-même. Les vésicatoires qu'on promène sur les cuisses et les jambes dans le cas qui nous occupe, doivent être employés à titre de rubéfians et rarement comme vésicans, à moins qu'une métastase psorique, herpétique, rhumatismale,

arthritique ou autre ne commande de la faire suppurer, et qu'on n'ait affaire à un sujet lymphatique et peu irritable.

On a aussi recommandé les diaphorétiques, les sudorifiques et les narcotiques, dans les vues de porter une action particulière sur la peau et de calmer la douleur et l'irritation du péritoine; mais si l'inflammation est forte, au lieu de produire de bons effets, ils pourraient augmenter la maladie en occasionant une agitation fébrile qui deviendrait un stimulus nouveau pour le péritoine : c'est pourquoi, comme nous l'avons déjà dit plus haut, il faut n'en faire usage qu'avec modération, et seulement lorsque l'inflammation est diminuée. Les diurétiques, dont la scille et le vin font la base, et qu'on a conseillés dans quelques cas, ne sont utiles que quand l'irritation est affaiblie, et que la maladie menace de se terminer par hydropisie.

2°. *Traitement de la péritonite chronique*. Après avoir acquis la triste certitude que la péritonite chronique se termine toujours par la mort, il nous reste bien peu de choses à dire sur son traitement; cependant le médecin, qui doit supposer son malade susceptible de guérison jusqu'au dernier moment, ne manquera pas d'adopter et de suivre un traitement rationnel, quelle que soit l'époque de la maladie.

Si l'inflammation est telle qu'elle ait conservé encore quelque chose du degré d'intensité qui caractérisait la péritonite aiguë, on devra recourir de nouveau au traitement de l'état aigu, de sorte que si la douleur est vive, on la combattra par les moyens que nous avons déjà indiqués, et en même temps on stimulera doucement la peau avec des révulsifs propres à déplacer l'irritation.

Mais s'il n'existe pas de douleur et que les accidens concomitans soient peu marqués, les stimulans qu'on emploiera sur la peau devront être plus énergiques : dans ce cas, on choisira les vésicatoires, qu'on pourra faire suppurer, si les forces vitales le permettent. C'est encore ici le lieu de placer les sudorifiques et les diurétiques les plus actifs, lesquels sont principalement indiqués s'il y a hydropisie commençante ou confirmée; non-seulement ces remèdes seront donnés à l'intérieur, mais encore appliqués extérieurement et en frictions. Les plus recommandés de ces moyens sont la teinture de scille et celle de cantharides; quant au régime, ce sont les alimens nourrissans et les moins stimulans qui doivent être conseillés de préférence. Les vomitifs, comme les laxatifs et les purgatifs, ne sont utiles que dans le cas où il existe une complication qui en réclame l'usage.

3°. *Traitement de la péritonite compliquée*. Si je n'avais développé avec quelque étendue la méthode de traitement ap-

propriée à la péritonite aiguë, et si on ne connaissait pas les moyens curatifs qu'on peut employer dans les maladies qui, se combinant avec la péritonite, établissent les complications diverses de cette phlegmasie, peut-être serait-il nécessaire alors d'entrer dans quelques détails sur le traitement de ces complications; mais au point où nos connaissances sont parvenues à cet égard, ces détails seraient aussi fastidieux qu'inutiles pour le médecin praticien, qui n'ignore pas que le traitement de la péritonite compliquée doit être réglé sur la prédominance respective des élémens de la complication. Au reste, comme la péritonite se combine le plus communément avec les autres phlegmasies, le traitement, dans ces cas, n'est pas différent de celui de la péritonite aiguë que nous avons exposé. (GASC)

LYNCH, *Dissertatio de peritonæitide puerperarum; Edimburgi*, in-8°. 1799.

PICARD (Augustin-Louis), Dissertation sur la péritonite; 29 pages in-4°. Paris, 1811.

Point d'observations.

VANVRECKEM (N.), *Dissertatio de peritonitide*; 22 pages in-4°. *Parisiis*, 1816. (V.)

PÉRITTOMES, *perittoma*: matières morbifiques qui restent dans les organes après la coction des maladies, de περιττεύω, je suis superflu. (F. V. M.)

PERKINISME, s. m. On désigne sous cette dénomination un moyen thérapeutique inventé par le docteur Perkins, médecin à Plainfeld, dans l'Amérique septentrionale. Deux aiguilles d'un métal différent, l'une de couleur jaunâtre, qui paraît être du laiton, et l'autre d'un blanc bleuâtre, qui est de fer-blanc non aimanté, servent à l'opération qui fait le sujet de cet article. Ces aiguilles ont une extrémité arrondie, tandis que l'autre est pointue. Le docteur Perkins promenait la pointe de ces instrumens sur la partie du corps où les malades éprouvaient de la douleur, et quelquefois même dans le voisinage de ces parties, et il continuait cette opération jusqu'à ce qu'il eût déterminé une légère phlogose du système dermoïde, ayant soin de ne point opérer pendant le temps de la digestion, de la menstruation, etc. Ainsi que les auteurs de découvertes, le docteur Perkins, qui n'avait d'abord employé ses aiguilles que pour opérer la cure de points douloureux ou de rhumatismes légers, ne tarda pas à en étendre l'usage à toutes les maladies qui assiégent l'espèce humaine; et, comme tous les moyens nouveaux, celui-ci dut à la vogue les succès les plus merveilleux. Ce fut une femme qui apporta en Danemarck, et préconisa ce moyen de guérir toutes les maladies, et bientôt les ouvriers ne purent suffire à la confection des ai-

guilles que les femmes portaient sur elles, et dont elles se plaisaient à généraliser l'emploi. On mit à contribution tous les métaux, et différens végétaux, et chacun s'évertuait pour donner à cet agent thérapeutique un degré d'efficacité qui devait remplacer tous les moyens pharmaceutiques les plus en vogue. Quelques médecins se montrèrent aussi les partisans du perkinisme, et surent profiter habilement de l'engouement passager qu'excita ce moyen singulier pour en faire leur profit; mais des expérimentateurs sages et honnêtes réduisirent cette jonglerie à sa juste valeur, et le nom du docteur Perkins est enseveli avec ceux de Mesmer et de Cagliostro, dont tout le mérite consistait à agir sur les imaginations faibles et faciles à exalter. Il est peut-être bon d'ajouter que Perkins est mort victime de sa propre extravagance, et que, voulant prouver que ses aiguilles prémunissaient contre la contagion de la fièvre jaune, il périt de cette maladie, malgré les applications réitérées de ses aiguilles, reconnues trop tard impuissantes, par leur aveugle auteur, contre un mal auquel il s'était vanté publiquement d'échapper. C'est bien ici le cas de répéter ce qui a été dit de Paracelse :

> .... *Non est lex justior ulla,*
> *Quam necis artifices arte perire suâ.*

(PERCY et LAURENT)

PERLE, s. f., *perla*. On donne ce nom à un abcès qui s'est développé entre les lames de la cornée transparente, dont il pousse les plus extérieures en avant, de manière à produire une tumeur de forme lenticulaire, à laquelle le pus qu'elle contient communique une couleur blanche et matte analogue à celle des perles. *Voyez* HYPOPYON.

Jean de Gadesden appelle aussi le ptérygion, *perle*. *Voyez* PTÉRYGION. (JOURDAN)

PERLÉ (orge) : sorte de préparation que l'on fait subir à cette frumentacée, pour la rendre plus propre à l'usage médical. *Voyez* ORGE, t. XXXVIII, pag. 269. (F. V. M.)

PERMÉABILITÉ : propriété dont jouissent certaines substances, d'admettre d'autres corps dans les interstices qui séparent les molécules dont leur masse est composée. Le papier est perméable à l'eau, le verre est perméable à la lumière, et il n'y a aucun corps qui puisse complétement arrêter la propagation du calorique. En général, la porosité, conjointement avec l'attraction moléculaire, doivent être regardées comme les causes de la perméabilité. En effet, il ne suffit pas qu'un corps soit poreux pour qu'une matière quelconque, liquide ou fluide élastique, puisse pénétrer dans son intérieur; il faut encore que la nature des deux substances n'oppose point un

obstacle insurmontable à l'action qui semble devoir être la conséquence de l'espèce de capillarité résultante du défaut de contact entre des particules que réunit la force de cohésion. Ainsi l'eau ne pénètre le marbre qu'avec difficulté, tandis que l'huile peut aisément le traverser. Un verre légèrement enfumé ou seulement dépoli arrête en grande partie les émanations lumineuses ou calorifiques auxquelles il livrait d'abord passage.

En général, il paraît que les altérations que l'on fait subir à la surface d'un corps contribuent puissamment à changer son mode de perméabilité à l'égard du calorique et de la lumière. Comment peut-il se faire qu'un changement aussi léger modifie ainsi la nature des relations primitivement établies entre deux corps? Il nous serait impossible d'en donner une raison satisfaisante; mais le fait est incontestable, et quoique nous en ignorions la cause, il nous sert à expliquer un grand nombre de résultats qui en dépendent évidemment. *Voyez* CALORIQUE, LUMIÈRE.

Dans les corps organisés vivans, il existe une sorte de *perméabilité* essentiellement différente de celle dont nous venons de parler, et que l'on désigne d'une manière spéciale sous les noms d'*absorption* et d'*inhalation* (*Voyez* ces mots). Dans les animaux, cette perméabilité organique n'est pas une simple propriété, c'est une fonction générale de l'économie, qui, ainsi que toutes les autres, est susceptible de modifications dépendantes de l'âge, du sexe, de la constitution, et d'une foule de circonstances accidentelles. Dès-lors, on ne doit pas être étonné de voir placer au nombre des choses les plus importantes dont s'occupe la physiologie, les considérations relatives à la manière dont s'exécutent les diverses sortes d'inhalations, l'examen des effets qui en sont la conséquence, et l'étude des relations plus ou moins apparentes qui s'établissent entre cette fonction et d'autres fonctions. Enfin, ces mêmes raisons doivent sans doute aussi faire sentir en quoi une influence qui s'étend à toutes les parties de l'économie animale, ne saurait manquer d'intéresser, à plus d'un titre, l'hygiène et la thérapeutique. (HALLÉ et THILLAYE)

PERNICIEUX, adj., *perniciosus*. On ajoute cet adjectif à des symptômes ou à des maladies graves : c'est ainsi qu'on l'a donné par excellence aux fièvres intermittentes dont les accès sont si intenses que le malade est en danger d'y succomber si on n'y remédie promptement par l'usage du quinquina en poudre et à haute dose. *Voyez* FIÈVRE, tom. XV, depuis la page 310 jusqu'à 332, et INTERMITTENT, tom. XXV, p. 492. (F. V. M.)

PÉRODACTYLIEN, adj., *perodactyleus* : nom donné par

Rioland au long fléchisseur commun des orteils (tibio-phalangettien commun, Ch.). (F. V. M.)

PÉROLS (eaux minérales de) : village à une lieue S. E. de Montpellier, du côté de la mer. On trouve, à cent cinquante toises de ce village, un creux ou bassin toujours rempli d'une eau qui bouillonne, excepté dans le fort de l'été, où il est à sec. On lui donne le nom de *Boulidou*. L'eau est froide ; son pétillement continuel est dû au dégagement du gaz acide carbonique. Elle est légèrement acidule, puisqu'elle rougit l'infusion de fleurs de mauve.

L'eau minérale de Pérols est très-recherchée par les habitans des environs. On la dit très-efficace contre les douleurs rhumatismales et goutteuses.

sur le boulidou de Perols (*Hist. de la soc. royale des sciences de Montpellier*, t. I, p. 127).

M. Chaptal a publié un travail intéressant sur ces eaux. (M. P.)

PÉRONÉ, s. m., *fibula*, *radius cruris*. On donne ce nom à un os long, placé à la partie externe de la jambe.

Cet os, d'une longueur presque égale à celle du tibia, mais beaucoup plus mince que lui, présente une direction légèrement oblique, qui est telle que sa partie inférieure est bien plus en devant que la supérieure. On le divise en extrémités tibiale, tarsienne et en corps.

Extrémité tibiale. C'est la plus petite ; elle est arrondie et connue généralement sous le nom de *tête du péroné*. Elle offre en haut et un peu en dedans une facette un peu concave, articulée avec la tubérosité externe du tibia : dans tous les autres sens, on voit des inégalités plus ou moins prononcées, qui donnent attache à des ligamens, tels qu'au ligament latéral externe de l'articulation fémoro-tibiale et au tendon du muscle biceps crural.

Extrémité tarsienne. Elle est inférieure, allongée, aplatie transversalement, terminée en pointe inférieurement ; elle forme la *malléole externe*, qui est plus volumineuse et qui descend plus bas que l'interne. Sa face externe est convexe et sous-cutanée ; l'interne offre une surface articulaire qui s'unit à l'astragale et une petite cavité raboteuse pour l'insertion d'un des ligamens postérieurs de l'articulation tibio-tarsienne ; en avant, la malléole externe présente un bord mince, inégal, auquel s'insèrent des ligamens ; en arrière, est un autre bord beaucoup plus large, sur lequel est pratiquée une coulisse pour le passage des tendons des muscles péroniers latéraux : son sommet offre une saillie pyramidale qui donne insertion au ligament latéral externe de l'articulation tibio-tarsienne.

Corps. Il est grêle, légèrement tordu sur lui-même, et pré-

sente trois lignes saillantes ; l'antérieure se dirige en dehors à sa partie inférieure, et donne attache en dedans aux muscles extenseur commun des orteils et péronier antérieur ; en dehors, elle reçoit l'insertion des muscles péroniers latéraux ; en bas, elle se bifurque et se porte sur la malléole externe : l'interne se contourne en avant dans sa partie inférieure ; elle est beaucoup plus saillante à la partie moyenne qu'à ses extrémités ; en haut, elle donne attache aux muscles jambier postérieur et long fléchisseur propre du gros orteil ; en bas, le ligament interosseux s'y insère : la ligne externe se contourne en arrière vers l'extrémité tarsienne ; elle donne attache aux muscles soléaire, long fléchisseur propre du gros orteil et aux deux péroniers latéraux.

Ces trois lignes divisent le corps de l'os en autant de surfaces longitudinales ; la face interne est partagée par une crête longitudinale, à laquelle se fixe le ligament interosseux, en deux portions, dont l'une, qui est en avant, sert d'attache aux extenseur propre du gros orteil, extenseur commun et péronier antérieur ; l'autre, qui est en arrière, représente une sorte de gouttière qui donne attache au muscle jambier postérieur. La face externe est recouverte par les muscles péroniers latéraux ; la face postérieure donne attache au muscle soléaire en haut, en bas, au long fléchisseur du gros orteil. Dans sa partie moyenne, on voit l'orifice du conduit nourricier ; inférieurement, cette face, devenue plus large, présente un espace triangulaire, convexe, rugueux qui se joint au tibia.

Le péroné est formé de tissu compacte à son corps, et de tissu celluleux à ses extrémités : il renferme un canal médullaire ; trois points osseux paraissent pour son développement ; un pour le corps, et un pour chaque extrémité. Le péroné s'articule avec le tibia et avec l'astragale ; son usage est de fournir au pied un appui en dehors.

Du péroné chez les animaux. Dans la chauve-souris, le péroné est extrêmement grêle ; dans la taupe, il se soude au tibia vers son tiers inférieur. Le chien a le péroné attaché dans toute la longueur du tibia en arrière ; le phatagin, le tatou, le paresseux, ont le péroné assez gros, éloigné du tibia et courbe ; les rongeurs ont le péroné tout à fait en arrirère ; dans les rats, il se soude au tibia vers le tiers inférieur ; dans l'éléphant, le rhinocéros et le cochon, le péroné est aplati et collé dans toute la longueur du tibia ; dans les ruminans, il n'y en a point du tout ; cet os paraît remplacé par une petite pièce osseuse placée sur le bord externe de l'astragale audessous du tibia, et formant la malléole externe ; enfin, dans le cheval, le péroné n'est plus qu'un rudiment styloïde qui se soude avec l'âge à la partie supérieure du tibia.

Dans les oiseaux, le péroné se soude toujours avec le tibia, et ne parvient jamais jusqu'à l'extrémité inférieure.

Les quadrupèdes ovipares ont le tibia et le péroné distincts et séparés l'un de l'autre dans toute leur étendue : ce sont deux os à peu près d'égale grosseur dans les tortues et les lézards.

Articulations du péroné avec le tibia. Trois classes de ligamens servent à l'union des deux os de la jambe. Les uns embrassent leur articulation supérieure; d'autres se trouvent à l'inférieure; enfin, un ligament interosseux occupe l'intervalle qui les sépare.

Articulation péronéo-tibiale supérieure. C'est une arthrodie qui résulte du contact de deux facettes plates, circulaires, appartenant, l'une au tibia, l'autre au péroné, et qui sont encroûtées de cartilage : deux ligamens, un antérieur, l'autre postérieur, et une synoviale se remarquent ici.

Le ligament antérieur est large et aplati; il descend obliquement de la partie antérieure de la tubérosité externe du tibia, au devant de la tête du péroné; ses fibres sont écartées et séparées en divers points par du tissu cellulaire.

Le ligament postérieur se comporte à peu près comme le précédent : seulement il est moins fort et composé de fibres plus serrées; il est recouvert par le muscle poplité.

La membrane synoviale tapisse les deux surfaces articulaires, les deux ligamens et quelques fibres irrégulières qui leur sont intermédiaires : en avant et en haut, elle est recouverte par le tendon du muscle biceps.

Articulation péronéo-tibiale moyenne. On y trouve le ligament interosseux. Celui-ci, disposé sous la forme d'une membrane aponévrotique, plus large en haut qu'en bas, est composé de fibres obliques qui, de la ligne saillante externe du tibia, descendent à la crête qui divise la surface interne du péroné, et à la partie inférieure de la ligne interne de ce dernier : en haut, ce ligament présente une ouverture assez considérable pour le passage des vaisseaux tibiaux antérieurs; en bas, une ouverture assez marquée transmet une branche de l'artère péronière : sa face antérieure est recouverte par les muscles jambier antérieur, long extenseur des orteils, extenseur propre du gros orteil et péroné antérieur; sa face postérieure recouvre les muscles jambier postérieur et long fléchisseur propre du gros orteil qui s'y fixent en partie.

Articulation péronéo-tibiale inférieure. Cette articulation se continue avec celle du pied, dont elle partage la membrane synoviale, et se fait à l'aide d'une surface convexe du péroné qui s'adapte à une facette concave du tibia. Chacune est revêtue d'un cartilage mince qui se continue avec celui de

l'articulation tibio-tarsienne. On y voit un ligament antérieur, un postérieur et un ligament interosseux.

L'antérieur, inséré dans une grande étendue, au devant de l'extrémité tarsienne du péroné, monte obliquement, et vient s'implanter au devant de la portion voisine du tibia.

Le postérieur ressemble au précédent, mais il est un peu moins étendu : il se fixe, d'une part, en arrière de l'extrémité tarsienne du péroné; de l'autre, à la partie voisine du tibia : il est recouvert par les muscles péroniers latéraux.

Le ligament interosseux remplit l'intervalle que laissent entre elles, audessus de leurs cartilages, les facettes osseuses de l'articulation : c'est un tissu fibreux assez dense, serré dans divers endroits, écarté dans d'autres par des flocons graisseux : il contribue puissamment à assurer la solidité des deux os.

Telle est la description du péroné et de ses ligamens qu'on trouve dans nos livres d'anatomie. Cette description sèche, qui peut offrir quelque intérêt aux naturalistes, est insuffisante pour le chirurgien. Celui-ci doit rechercher à quel genre de lésion, les os et, en général, tous les organes sont exposés par leur conformation extérieure et leur structure. Cette étude constitue l'*anatomie chirurgicale*, qui, négligée jusqu'à ce jour, promet une ample moisson de connaissances et de gloire à celui qui voudra en faire l'objet de ses travaux.

Maladies du péroné. Cet os peut être fracturé et se luxer; il peut être frappé de carie, de nécrose, d'ostéo-sarcome.

De la fracture du péroné. Depuis longtemps M. Dupuytren, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Paris, s'occupait, d'une manière particulière, dans ses leçons cliniques, des signes et du traitemennt de la fracture du péroné. Riche d'un grand nombre de faits, il a composé, sur cette maladie, un mémoire qui est imprimé dans l'Annuaire médico-chirurgical des hôpitaux de Paris, ouvrage important dont on promet la publication prochaine. Ce mémoire nous a paru très-intéressant, plein de réflexions nouvelles, et nous pensons que, pour le fond et la rédaction, il peut rivaliser avec les meilleurs mémoires de l'académie royale de chirurgie. Nous croyons être agréables au lecteur en lui offrant ici, avec l'agrément de l'auteur, un extrait de ce travail. Nous aurions pu, au moyen d'une sèche analyse, abréger cet article; mais nous avons eu la crainte d'altérer les opinions d'un professeur célèbre dont chacun est jaloux de connaître l'excellente doctrine. Ainsi nous rapporterons le plus souvent le texte même de l'auteur.

Notice historique. M. Dupuytren appelle *fractures de l'extrémité inférieure du péroné* les solutions de continuité de cet os, qui ont lieu assez près de l'articulation du pied, pour que celui-ci, cédant à l'effort des causes qui ont produit la frac-

ture, au poids du corps et à l'action des muscles, puisse être luxé *en dedans*. La fracture est ici la maladie première et principale, celle sans laquelle la luxation ne saurait avoir lieu. Le péroné peut bien être fracturé sans qu'il y ait luxation du pied; mais celle-ci ne peut avoir lieu qu'autant que le péroné a été auparavant fracturé : elle en est un accident très-commun et très-grave, il est vrai, mais un accident consécutif. Fondé sur ces principes, M. Dupuytren désigne, sons le titre de *fracture de l'extrémité inférieure du péroné*, la maladie que la plupart des auteurs, plus frappés de l'effet que de la cause, ont presque tous désignée sous le nom de *luxation du pied en dehors*, et qu'il convient de nommer *luxation du pied en dedans*, en ayant égard au sens dans lequel l'astragale se porte.

« Ces fractures ne forment qu'un point dans l'histoire presque immense des maladies qui affligent l'espèce humaine; mais ce point s'étend et acquiert de l'importance lorsqu'on vient à considérer que ces fractures sont aux fractures de la jambe comme un est à trois; que, de l'avis des praticiens et des écrivains, elles sont au rang des maladies les plus graves de cette espèce; que les accidens dont elles sont suivies, se terminent souvent par la mort, et que, dans les cas les moins fâcheux, elles laissent presque toujours après elles des difformités et des claudications qui rendent la progression plus ou moins difficile et douloureuse; qu'on n'a encore trouvé aucune théorie qui explique, d'une manière satisfaisante, leurs causes et leurs phénomènes; qu'on ne possède surtout aucun moyen de les guérir dans tous les cas, en évitant aux malades les accidens, les dangers et les difformités dont elles sont presque toujours accompagnées ou suivies. »

Les anciens n'ont presque rien dit sur cette maladie. Hippocrate en parle un peu dans son livre sur les fractures et les luxations; il donne le conseil de ne pas réduire la luxation des os de la jambe, lorsqu'elle est accompagnée de plaie à l'articulation du pied. Depuis le père de la médecine jusqu'à Petit et Duverney, on ne trouve rien sur cette maladie. J. L. Petit (*Maladies des os*, 1725) ne parla de la fracture du péroné qu'à l'occasion des luxations du pied; mais il fit justement observer que celles de ces luxations qui ont lieu, soit en dedans, soit en dehors, ne sont jamais simples; qu'elles ne peuvent s'opérer sans que l'une ou l'autre des malléoles, et, dans quelques cas, sans que le tibia et le péroné ne soient fracturés à une certaine hauteur. David, dans un mémoire couronné, sous le nom de Bazille, par l'académie royale de chirurgie, essaya de ramener la théorie de la fracture de l'extrémité inférieure du péroné à la théorie des contrecoups,

Un peu plus tard, William Bromfeild (*Chirurgical observations*, London, 1773) s'éleva contre ceux qui regardent les fractures du péroné comme étant de mince importance, et il signala les conséquences fâcheuses des traitemens dirigés d'après cette fausse croyance; il modifia le traitement de la fracture du péroné, et quoique les moyens qu'il propose soient insuffisans pour remédier aux accidens de la fracture, on ne peut disconvenir qu'ils ne soient rationnels, et qu'ils n'aient été suggérés par une connaissance exacte du but qu'il faut atteindre.

« Percival Pott, dans ses Remarques générales sur les fractures et les luxations, fit observer que l'intégrité des deux malléoles, et que l'étroite connexion du tibia et du péroné étaient indispensables à la solidité de l'articulation du pied avec la jambe; que la fracture de l'extrémité inférieure du péroné prive l'articulation de cette solidité en faisant cesser la connexion des deux os, et en lui enlevant l'appui que la malléole externe fournit au pied en dehors; que ce défaut d'appui changeant la direction des efforts des muscles péroniers latéraux, donne à ces muscles une supériorité d'action qui leur permet d'entraîner le pied en haut et en dehors, en appuyant contre le tibia l'extrémité du fragment du péroné. Il fit plus, il accompagna cette théorie d'une gravure qui représente d'une manière si exacte, quoiqu'elle soit grossièrement exécutée, cette fracture et les changemens qu'éprouvent, dans leurs rapports respectifs, les os intéressés, qu'il est impossible qu'elle n'ait pas été faite sur nature; et l'on ne concevrait pas pourquoi elle n'a pas attiré l'attention des hommes de l'art et, en particulier, celle des praticiens, si Percival Pott, préoccupé de l'idée qu'il faut ramener à l'état de flexion tous les membres atteints de fracture, n'eût pas entièrement abandonné pour suivre cette idée, les conséquences de la théorie qu'il venait d'établir sur la fracture du péroné. Il est d'ailleurs évident que cette position ne suffit ni pour réduire la luxation du pied, ni pour prévenir son retour pendant le traitement, et, par conséquent, pour empêcher les accidens et les déformations dont cette maladie est si communément accompagnée et suivie, ainsi que l'a fait observer depuis, un de ses compatriotes Williams Hey. »

Pouteau, dans un mémoire sur les fractures du péroné (*OEuvres posthumes*, 1789), indiqua avec exactitude le point de l'extrémité inférieure du péroné où cet os plus mince doit se fracturer plus facilement et plus fréquemment, et le déplacement que les fragmens de la fracture subissent en se portant du côté du tibia, et la déviation du pied en dehors, qui est la cause ou l'effet de cet enfoncement. Il pense que tous les ban-

dages (connus) sont insuffisans pour prévenir ou bien remédier aux accidens de cette maladie.

Desault, dont les pas sont restés si fortement empreints sur presque toutes les parties de la chirurgie; Desault n'appliqua pas son attention à ce point important de l'histoire des fractures de la jambe. Bichat ne rapporte, dans les OEuvres chirurgicales de Desault, que deux observations sur la fracture du péroné.

Quelques années plus tard, M. Richerand, dans un traité qu'il rédigea sur les maladies des os, reproduisit la théorie de David, l'enrichit de développemens instructifs et d'observations curieuses, faites pas M. Chaussier sur la courbure qu'éprouve le péroné par l'action des muscles et les progrès de l'âge.

Peu d'années après, M. Castella, élève de la faculté de Paris, soutint, à Landshut, une thèse sur la fracture du péroné, qui ne contient rien de plus remarquable que l'histoire de cette maladie faite par l'auteur sur lui-même.

Plus récemment, Charles Bell a essayé de donner la théorie de cette fracture, et de fixer le traitement qui lui convient. Il a bien saisi les indications que présente cette fracture; mais les moyens proposés pour les remplir sont incommodes et fatigans pour le malade, et, de plus, fort incertains dans leurs résultats.

« Il est facile de voir, par ces courtes notices, que si l'on trouve dans les auteurs quelques observations précieuses, quelques préceptes utiles sur les fractures du péroné et sur les luxations du pied qui en sont la suite, aucun d'eux ne contient néanmoins de doctrine complette sur ce point; qu'il est même impossible d'en former une de leurs préceptes et de leurs observations réunis, et surtout d'établir d'après eux un système de traitement qui satisfasse à toutes les indications que présente cette maladie. »

Fractures du péroné. « Parmi les puissances qui produisent la fracture du péroné, les unes sont immédiatement appliquées à cet os, les autres agissent sur lui par l'intermédiaire du pied: de là, deux sortes de fractures du péroné; les unes, immédiates et directes; les autres, médiates ou par contre-coup, comme David les nomme: maladies qui ne diffèrent pas moins par leurs causes et leur mécanisme, que par leur traitement et leurs suites. »

Des fractures du péroné par cause immédiate. « La situation du péroné au côté externe de la jambe, situation qui semble l'exposer à toutes les violences extérieures; la *gracilité* du corps de cet os, l'espace qui existe entre lui et le tibia à la partie moyenne de la jambe; l'appui qu'il prend sur ces derniers os par ses extrémités: tout porterait à croire qu'il doit

être souvent fracturé à sa partie moyenne; cette fracture n'est pourtant pas aussi commune qu'on pourrait le croire : deux causes diminuent sa fréquence, l'abri que le péroné reçoit des muscles péroniers latéraux, et la rareté des circonstances capables de produire une fracture par une cause directe. Ces fractures qui ne sont ordinairement accompagnées d'aucune difformité, et qui, dans quelques cas mêmes, n'empêchent pas les malades de prendre un point d'appui sur le pied, ne sauraient être reconnues le plus souvent qu'à l'aide de circonstances commémoratives jointes à l'existence d'une ecchymose et d'une douleur plus ou moins forte à l'endroit frappé, d'une inégalité plus au moins sensible aux doigts sur le corps du péroné, d'une mobilité et d'une crépitation plus ou moins distinctes.

« Des coups portés sur le péroné par des corps contondans ou tranchans, des plaies d'armes à feu, la chute ou le passage de corps pesans sur le côté externe de la jambe, sont les causes les plus ordinaires de cette sorte de fracture. Elle ne suppose et elle ne nécessite aucun déploiement de forces musculaires; aussi a-t-elle lieu sans être ordinairement précédée ou suivie de déviation du pied, soit en dedans, soit en dehors, et guérit-elle dans la plupart des cas par l'effet du repos et sans être accompagnée d'aucun des accidens qui compliquent si souvent les fractures du péroné produites par la déviation du pied. Ces fractures n'ont donc pas les mêmes suites et ne sont pas aussi graves que celles qui affectent le tibia; leur importance est relative seulement à celle des fonctions du péroné; et comme il est presque entièrement étranger à la transmission du poids du corps, il arrive fréquemment que la jambe en supporte très bien le poids, malgré la fracture de la partie moyenne de cet os : aussi ces fractures ont-elles été souvent méconnues. Cependant si ces fractures ne sont pas ordinairement suivies de luxation du pied en dehors, c'est que les muscles étrangers à leur production n'agissent pas communément après qu'elles sont opérées; car si ces muscles venaient à se contracter fortement, et surtout si la fracture avait lieu à peu de distance de l'extrémité inférieure du péroné, ces muscles pourraient produire la luxation, comme dans les autres cas.

« Il existe entre les fractures du corps du péroné et celles du cubitus une analogie frappante, tant dans les causes, dans les symptômes, que dans le traitement et les suites. Les fractures du corps du cubitus sont toujours produites, ainsi que celles du corps du péroné, par des coups ou des chutes sur le lieu fracturé, ou en d'autres termes, par des causes ou des puissances appliquées directement à cet os. Ces fractures ne sont presque jamais suivies de la déformation du membre ni

de l'impossibilité de le mouvoir, et par conséquent du déplacement des fragmens ; et de même que quelques personnes ont pu marcher ayant une fracture du péroné, d'autres aussi ont pu, quoique affectées de fracture au cubitus, se servir de l'avant-bras presque aussi bien que s'il eût été entier. Ces fractures ne peuvent être reconnues ainsi que celles du corps du péroné, qu'aux signes commémoratifs, à la douleur et à l'ecchymose, à des inégalités, à une mobilité et à une crépitation ordinairement peu sensibles à la hauteur du lieu frappé. Comme celles du corps du péroné, celles du corps du cubitus n'exigent que le repos, des applications résolutives et rarement le secours des bandages employés contre la fracture des deux os de l'avant-bras ou du radius tout seul.

Des fractures du péroné par cause indirecte. « Les causes, le mécanisme, les symptômes, les effets, les dangers, le traitement et les suites des fractures du péroné par cause indirecte diffèrent entièrement de ceux des fractures de cet os par cause directe. Dans ces dernières, la puissance est immédiatement appliquée à l'endroit où l'os va être fracturé; dans les autres, elle n'est pas même appliquée à cet os et elle ne peut agir sur lui que par l'intermédiaire du pied : ce sont donc les efforts exercés sur cette partie qui détermineront les fractures de l'extrémité inférieure du péroné.

« Ces efforts sont le produit de circonstances peu importantes par elles-mêmes, mais qui le deviennent par le concours du poids du corps et de l'action des muscles qui se joignent presque toujours à elles.

« Un caillou, une excavation ou bien une simple inégalité du sol; un écart de l'un ou de l'autre des membres inférieurs par la rencontre d'une surface ou d'un corps glissans; une chute d'un lieu plus ou moins élevé sur l'un ou l'autre bord du pied ; un mécompte sur le nombre ou la distance des marches en descendant un escalier rapidement ou sans attention; la chute du corps seul, ou bien chargé d'un fardeau, sur la jambe demi-fléchie, le pied étant porté en dedans ou bien en dehors, libre ou bien retenu entre deux pavés ou de toute autre manière : telles sont les causes les plus communes de la fracture de l'extrémité inférieure du péroné. Mais ce ne sont là que des causes occasionelles en quelque sorte ; le poids du corps et l'action des muscles qui agissent subitement et avec force sur l'articulation inférieure de la jambe au moment où le pied, porté en dedans ou bien en dehors, s'écarte de la ligne suivant laquelle ce poids doit lui être transmis : voilà les causes vraiment efficientes des entorses, des fractures du péroné et du tibia à leur partie inférieure, seules ou bien réunies, et des

luxations consécutives du pied, suivant les cas et le degré d'intensité de ces causes.

« L'expérience a déjà démontré que les parties situées du côté opposé à celui vers lequel le pied est violemment porté sont celles qui souffrent, tandis que les parties qui se trouvent dans ce dernier sens sont toujours dans un relâchement plus ou moins grand. Quelques observations sur les entorses, en mettant hors de doute ce principe, éclaireront encore la théorie de la production des fractures de l'extrémité inférieure du péroné et de leurs suites.

Remarques sur les entorses du pied. « Les distensions violentes des ligamens, vulgairement appelées *entorses*, peuvent avoir lieu au pied dans quatre sens différens : en avant, en arrière et sur les côtés. L'étendue que comportent la flexion et l'extension rend les distensions plus rares dans ces deux sens que dans les autres; et lorsqu'elles ont lieu, ainsi que nous en avons des exemples, c'est sur la partie antérieure ou sur la partie postérieure des ligamens latéraux de l'un et l'autre côté qu'elles portent en même temps. Au contraire, l'étroitesse des bornes imposées aux mouvemens d'adduction et d'abduction rend les distensions des ligamens latéraux très-communes, et ces distensions sont presque toujours internes ou bien externes; c'est-à-dire qu'elles affectent exclusivement, dans le plus grand nombre des cas, les ligamens situés sur le côté interne ou sur le côté externe de l'articulation. En effet, le pied étant alors nécessairement porté en dedans ou bien en dehors, il ne peut y avoir de distension des ligamens que d'un seul côté, c'est-à-dire du côté opposé à celui vers lequel le pied est porté. Qu'on interroge, qu'on examine et qu'on touche avec attention un individu atteint d'entorse au pied, on trouvera presque constamment, quelles que soient d'ailleurs l'intensité de la douleur, l'étendue de l'ecchymose et du gonflement dont cette maladie est accompagnée, que tous ces symptômes ont leur siége principal et leur point de départ sur un des côtés de l'articulation, d'où ils se sont propagés plus ou moins rapidement aux parties voisines, et quelquefois à tout le reste de l'articulation.

« Les ligamens internes et les ligamens externes ne sont pas affectés aussi fréquemment les uns que les autres : les derniers le sont plus fréquemment que les premiers; ce qui ne peut s'expliquer que par une prédominance des adducteurs sur les abducteurs dans l'état d'intégrité de l'articulation, ou par l'appui que le membre opposé fournit au corps dans la déviation des pieds en dehors, ce qui modère l'effet de la chute. Cet appui lui manque au contraire, toutes les fois que la déviation

a lieu en dedans ; ce qui permet au corps d'agir de tout son poids sur les ligamens latéraux externes.

« Le pied droit et le pied gauche ne sont pas non plus également exposés aux entorses ; le pied droit l'est beaucoup plus que l'autre dans l'homme, ainsi que dans la femme : ce qui ne peut s'expliquer que par la tendance qu'on remarque chez tous les individus à mettre en avant dans presque toutes les circonstances le côté droit du corps et les membres qui s'y attachent plutôt que le côté gauche. De quelque côté que se trouvent les entorses, des informations exactes conduisent toujours à voir que, dans les cas où elles ont lieu en dehors, le pied a été porté en dedans ; que dans ceux où elles ont lieu en dedans, le pied a été porté en dehors ; qu'enfin dans les cas d'entorses doubles, c'est-à-dire en dehors et en dedans à la fois, ou bien le pied a été porté fortement dans la flexion ou dans l'extension, et par conséquent il y a entorse antérieure ou entorse postérieure des ligamens latéraux des deux côtés en même temps ; ou bien il a été porté dans l'adduction ou dans l'abduction successivement, et alors il y a eu deux entorses opérées l'une après l'autre. Au reste, la cause qui produit les entorses étant aussi celle qui détermine la rupture du péroné et des malléoles, suivant la résistance des ligamens et des os, l'intensité et la manière d'agir de cette cause, il n'est pas rare qu'on voie succéder aux entorses un plus ou moins grand nombre de fractures. Or, le rapport des entorses sans fracture aux entorses avec fracture a été, à l'Hôtel-Dieu, en 1815 et 1816, de sept et demi à un. Nous ne terminerons pas ces remarques sans faire observer combien le repos et la compression diminuent la gravité et hâtent la guérison des entorses. Le raisonnement a depuis longtemps indiqué les avantages de l'immobilité dans les articulations dont les ligamens ont été distendus, et l'expérience en ce point, d'accord avec lui, les confirme tous les jours ; mais elle conduit à un résultat non moins important, c'est que la compression, soit qu'elle agisse en assurant l'immobilité des parties, ou bien en les comprimant, est bien plus efficace encore que ne le sont l'immobilité et le repos tout seuls : nous avons cent fois constaté cette efficacité de la compression dans les entorses du pied, en faisant appliquer autour de son articulation un bandage un peu serré ; mais cette efficacité n'est nulle part aussi remarquable que dans le traitement des entorses du poignet, où la conformation des parties en rend l'emploi plus facile qu'ailleurs. On a vu communément, à l'Hôtel-Dieu, de très-graves entorses du poignet, qui ont été complétement guéries en douze ou quinze jours de temps, par le bandage ordinairement usité contre les fractures de l'avant-bras, et dont on avait eu soin d'étendre les

pièces jusque sur le carpe, de façon à ne faire de la main et de l'avant-bras qu'une seule pièce immobile, et à tenir comprimés en même temps tous les ligamens offensés.

« Qu'on ne juge pas hors de propos ces remarques sur les entorses : c'est par des efforts analogues à ceux qui les déterminent que les fractures du péroné par cause indirecte sont produites.

« L'expérience et l'observation prouvent que les fractures du péroné peuvent avoir lieu dans les mouvemens violens du pied en dedans et dans les mouvemens violens du pied en dehors. Dans les deux cas, c'est un changement dans la ligne de transmission du poids du corps qui est la cause de la fracture. Dans le premier cas, cette ligne, au lieu de parcourir, comme dans l'état ordinaire, l'axe du tibia et de tomber sur l'astragale, coupe obliquement de dedans en dehors l'extrémité inférieure du tibia, l'articulation du pied, et se prolonge au côté externe de ce membre après avoir traversé la malléole péronéale. Les parties obligées de supporter le poids du corps sont alors la malléole externe et l'extrémité inférieure du tibia : or, dans ce cas, c'est la malléole externe ou bien l'extrémité inférieure du péroné qui cède à la traction des ligamens latéraux externes, traction d'autant plus efficace que ces ligamens se trouvent alors dans une direction presque perpendiculaire à la malléole, et que cette appendice prend un appui sur le bord tranchant de l'astragale, lequel est encore poussé avec force de dedans en dehors par le tibia. Ce dernier os, plus épais et plus fort que le péroné, résiste ordinairement, et s'il arrive quelquefois que sa malléole soit brisée et ensuite comme arrachée, ce n'est pas primitivement et par refoulement ; c'est consécutivement et par l'effet du déplacement du pied en dehors, déplacement dont nous ferons ailleurs connaître les causes, que cette malléole, et quelquefois l'extrémité du tibia elle-même sont fracturées.

Dans le second cas encore, c'est-à-dire dans les mouvemens du pied en dehors, le centre de gravité du corps, au lieu de suivre la ligne suivant laquelle il est ordinairement transmis à ce membre, et se porter de là au sol, traverse obliquement la partie inférieure du péroné, l'articulation du pied, la malléole ou les ligamens latéraux internes, et tombe sur le sol en s'éloignant plus ou moins du bord interne du pied. Ces ligamens et la malléole à laquelle ils s'attachent d'une part, sont donc les parties qui doivent supporter le poids du corps et l'effort des muscles ; ce sont elles aussi qui sont déchirées ou fracturées ; les ligamens latéraux ou la malléole interne en premier lieu, l'extrémité inférieure du péroné en dernier lieu. Quel est celui des deux mouvemens du pied, dans lequel la

fracture de l'extrémité inférieure du péroné a le plus souvent lieu ? Cette question est beaucoup moins importante qu'on ne le pense, puisque, dans les deux cas, la maladie doit être traitée de la même manière; et d'ailleurs elle n'est pas facile à résoudre, soit à cause de l'incapacité ou du défaut d'attention de la plupart des malades, soit parce que dans les deux cas, le pied se trouvant porté en dehors primitivement ou consécutivement, les malades trompés par cette situation, assurent presque toujours que l'accident qui a causé leur maladie a porté le pied dans le sens où on le trouve. C'est ainsi et avec tout aussi peu de vérité, qu'on voit presque tous les malades affectés de luxation de la tête de l'humérus, dans le creux de l'aisselle, assurer qu'ils sont tombés sur le moignon de l'épaule, parce que c'est là qu'ils souffrent, tandis que l'état du coude et celui de la paume de la main attestent le plus souvent que la chute a eu lieu sur ces dernières parties.

Signes de la fracture du péroné par cause indirecte. « Deux sortes de signes peuvent faire reconnaître la maladie composée dont nous nous occupons : les uns appartiennent à la fracture du péroné, les autres à la luxation du pied; distinction qui n'est rien moins qu'une abstraction, puisque la fracture du péroné peut exister quelquefois sans qu'il y ait luxation du pied. Ces signes sont de deux sortes : *présomptifs* et *caractéristiques*. Les signes présomptifs sont l'espèce d'accident éprouvé par le malade, un bruit, une sorte de craquement qu'il a entendus au même instant, une douleur fixe à la partie inférieure du péroné, la difficulté ou même l'impossibilité de marcher, un gonflement plus ou moins grand autour de la malléole externe et de l'extrémité inférieure du péroné. Les signes caractéristiques sont : des inégalités, une mobilité contre nature sur quelque point de l'extrémité inférieure du péroné, une crépitation plus ou moins sensible par l'effet de mouvemens ou de pressions, la mobilité du pied en travers, la facilité qu'on a de rapprocher inférieurement le péroné du tibia en le poussant contre celui-ci, un changement dans le point d'incidence de l'axe de la jambe sur le pied, la déviation de ce membre en dehors et quelquefois en arrière, la rotation sur son axe de dedans en dehors, un enfoncement anguleux plus ou moins prononcé à la partie externe et inférieure de la jambe, la saillie de la malléole interne, la disparition de presque tous ces signes aussitôt que des efforts de réduction sont exercés sur le pied, et leur retour instantané dès que ces efforts sont suspendus, et surtout dès que le membre est mis dans un état d'extension.

SIGNES PRÉSOMPTIFS. A. *L'espèce d'accident éprouvé*. « Ce signe n'a que peu de valeur par lui-même, tant en général que

dans ce cas en particulier, d'abord parce que les malades rendent rarement un compte exact de ce qui leur est arrivé, et ensuite parce que la même cause est susceptible, suivant sa force et sa manière d'agir, de produire des effets très-différens. Néanmoins un mouvement violent du pied, soit en dedans, soit en dehors, fait en marchant sur un sol inégal, en glissant, en descendant précipitamment un escalier, ou sur un plan incliné en tombant sur l'un ou l'autre bord du pied, etc., est une raison de penser que la fracture du péroné a pu avoir lieu, et cette raison doit au moins rendre attentif aux signes qui peuvent constater la fracture. »

« B. *Le craquement et le bruit* qui se font entendre au moment de l'accident sont un effet trop constant de la fracture du péroné pour ne pas être relatés. Ils résultent de la fragilité et de la compacité de cet os mince et grêle, lequel, obligé de se courber par l'effort qui porte le pied en dedans ou bien en dehors, se brise et éclate avec un bruit clair et sec que ne sauraient étouffer les parties molles dont il est enveloppé; mais on sait que trop de circonstances peuvent empêcher les malades de remarquer ce signe, pour qu'on puisse le regarder comme caractéristique. »

« C. *Le siége de la douleur* est un signe un peu plus significatif. La douleur peut dépendre, il est vrai, d'une simple distension des ligamens latéraux externes de l'articulation du pied, tout aussi bien que d'une fracture de l'extrémité inférieure du péroné. Cependant, lorsqu'elle s'est fait sentir au moment même de l'accident, et à la partie inférieure du péroné; lorsqu'elle persiste dans ce lieu; lorsque le doigt, promené sur la partie inférieure du péroné, l'excite constamment au même point; lorsqu'il n'en détermine aucune audessous des deux malléoles, cette douleur ne saurait être confondue avec celle d'une simple entorse. Dans ce cas-là même, elle peut n'être encore que l'effet d'une simple contusion; mais elle tient aussi le plus communément à une fracture du péroné, dont elle indique alors la hauteur avec assez d'exactitude pour que des pressions exercées sur cet os, en prenant un appui sur le tibia, y fassent très-souvent reconnaître de la mobilité et de la crépitation. Cent fois, en cherchant à apprécier la valeur relative des signes divers de la fracture du péroné, nous avons démontré qu'on peut promener les doigts sur toute la longueur des os de la jambe sans faire éprouver la moindre douleur au malade, lorsqu'ils ne sont pas fracturés; mais qu'aussitôt que les doigts arrivent sur un point de ces os qui a subi une fracture, ils font éprouver au blessé une douleur plus ou moins forte. Cent fois, en prenant cette douleur pour premier indice, nous sommes parvenus à découvrir à la suite

tous les autres signes, et à mettre en évidence tous les autres effets de la fracture du péroné.

« D. *La difficulté et l'impossibilité de marcher* peuvent tenir à trop de causes, et sont d'ailleurs trop relatives à la sensibilité plus ou moins grande de l'individu, pour qu'elles puissent être considérées comme un signe d'une grande valeur; cependant, quelques circonstances peuvent lui donner un peu plus d'importance. La difficulté de marcher à la suite de l'entorse tient à la douleur que font éprouver les ligamens tiraillés et distendus. Cette douleur s'affaiblit et même disparaît quelquefois entièrement par l'exercice, pour reparaître après quelques instans de repos. Il n'en est pas de même à la suite de la fracture de l'extrémité inférieure du péroné; la difficulté de marcher tient essentiellement, dans ce cas, au défaut de solidité dans l'articulation, et de résistance dans la malléole externe. Si la douleur se joint ici à la difficulté des mouvemens, c'est comme effet et comme suite du déplacement, que les fragmens de la fracture du péroné éprouvent à chaque mouvement du pied. Ainsi, loin de s'affaiblir par l'exercice, comme cela a lieu à la suite des entorses, elle augmente exactement en proportion de la fréquence et de l'étendue des mouvemens et du déplacement qu'ils entraînent; aussi ne voit-on jamais un malade marcher à la suite d'une fracture de l'extrémité inférieure du péroné, sans qu'il n'éprouve des douleurs plus ou moins vives, et qu'il ne s'opère un déplacement du pied en dehors.

« E. *Le gonflement*, considéré d'une manière générale, a peut-être moins de valeur qu'aucun des signes précédens; tandis que considéré relativement à son siége, il est plus significatif qu'aucun d'eux. Toute distension des ligamens, et toute contusion de l'articulation du pied, peut donner lieu à une tuméfaction; mais cette tuméfaction ne survient pas indifféremment sur tous les points de l'articulation : c'est dans les régions correspondantes aux ligamens distendus, ou aux points contus, qu'elle survient, et c'est à ces régions qu'elle se borne ordinairement. Dans la fracture du péroné, elle est en général moindre que dans les entorses sans fracture de l'une ou l'autre des malléoles. Lorsqu'elle existe, c'est toujours audessus des ligamens et de la malléole externe, et à la hauteur du point fracturé, qu'on la trouve. Dans quelques cas, à ce gonflement s'en joint un autre autour de la malléole interne. Il est rare alors que la recherche attentive de la manière dont l'accident a eu lieu, et de l'ordre dans lequel les phénomènes se sont développés, ne conduise à trouver que la fracture du péroné étant opérée, et le malade ayant fait quelques tentatives pour marcher, le pied s'est aussitôt porté en dehors; ce qui a déter-

miné une distension consécutive des ligamens latéraux internes de l'articulation, et le gonflement qu'on observe sur ce point. Cette circonstance, loin d'affaiblir la valeur des inductions qu'on peut tirer de l'existence du gonflement en dehors, l'augmente au contraire en faisant connaître sa cause et ses rapports avec le gonflement qui existe en dedans.

« *Signes caractéristiques.* Les signes précédens, pris séparément, n'ont aucune valeur; mais ils en acquièrent par leur réunion, et surtout par leur rapprochement avec quelques-uns de ceux qu'on appelle *caractéristiques* : ceux-ci, qu'ils soient isolés ou bien réunis, ne peuvent laisser d'incertitude sur l'existence de la fracture : tels sont des inégalités, une mobilité et une crépitation contre nature à la partie inférieure du péroné, le déplacement des fragmens, la mobilité du pied en travers, le changement dans le point d'incidence du poids du corps, le déplacement du pied en dehors, un mouvement de rotation sur son axe, l'augmentation dans la largeur de l'espace compris entre les malléoles, la saillie du tibia sous la peau, l'angle obtus et rentrant situé au bas du péroné, la disparition et le retour subit de tous ces symptômes, suivant que le pied est ramené à sa direction ou bien abandonné à lui-même.

« A. *Les inégalités* qui résultent de la fracture du péroné ne doivent pas être confondues avec les bords et les crêtes qui existent à la partie inférieure de cet os. Ces inégalités sont produites par la saillie et l'enfoncement en sens contraire des fragmens, et par des esquilles dirigées vers la surface du membre. Elles sont à peine sensibles lorsqu'il y a peu de déplacement; elles sont d'autant plus apparentes, que la fracture est plus compliquée de déplacement et d'écrasement des os. On peut toujours les reconnaître au toucher, et même quelquefois à l'œil, à travers la peau, qu'elles soulèvent, qu'elles menacent de percer, et qu'elles percent effectivement quelquefois.

« B. *La mobilité contre nature*, sur un point de l'extrémité inférieure du péroné, doit être soigneusement distinguée de la flexibilité de cet os mince et grêle, flexibilité très-apparente à sa partie moyenne dépourvue d'appui, et moindre à ses extrémités, qui en trouvent un sur le tibia. La mobilité dont nous parlons ne se rencontre que vers la partie inférieure du péroné. Elle est bornée à un seul point de cet os, lequel est en outre plus douloureux que les autres. On la rend sensible en embrassant la partie inférieure du tibia avec les quatre derniers doigts de chaque main, tandis que les deux pouces, étendus vers le péroné et placés à quelque distance l'un de l'autre, exercent alternativement sur cet os une pression qui, en enfonçant du côté du tibia l'un ou l'autre des fragmens de la

fracture, fait découvrir la mobilité, et, par elle, la solution de continuité qu'on recherche.

« C. Le mouvement excité de la sorte ou bien en fixant la partie inférieure de la jambe avec une main, et en portant avec l'autre le pied en dedans et en dehors alternativement, fait souvent naître une *crépitation* sensible au doigt et à l'oreille. Cette crépitation, qui résulte du frottement des extrémités inégales des fragmens l'une contre l'autre est un signe très-inconstant; aussi ne le rencontre-t-on pas lorsque la mobilité est peu considérable, et par suite lorsque les frottemens sont faibles, lorsque les surfaces des fragmens ont peu d'inégalités ou qu'elles ne sont pas en contact, soit à cause d'un grand déplacement qui les a éloignées l'une de l'autre, soit parce que des parties molles se sont placées entre elles et les séparent. Telle est même l'instabilité de ce signe, qu'un moment après l'avoir trouvé, on le cherche en vain; ce qui, au reste, est commun à toutes les fractures. Mais aussi, toutes les fois qu'il existe, fût-il seul avec la mobilité dont il est inséparable, il constitue un signe pathognomonique de la fracture du péroné.

« D. *Le déplacement des fragmens* ne peut guère avoir lieu sans que le pied en soit lui-même porté en dehors ou bien en dedans : aussi est-ce le fragment inférieur qui se déplace presque toujours; il se porte en dedans, c'est-à-dire du côté du tibia, en exécutant une espèce de mouvement de bascule sur le bord externe et supérieur de l'astragale, toutes les fois que le pied se porte avec force en dehors; ce n'est pas lui pourtant qu'on sent alors, c'est le fragment supérieur devenu saillant par son immobilité et par l'enfoncement du fragment inférieur. Celui-ci peut encore se porter en dehors, mais rarement pourtant; et lorsque ce déplacement a lieu, il est ou l'un des effets de la cause qui a déterminé la fracture, comme dans les cas où elle est arrivée à la suite d'un mouvement violent du pied en dedans, ou l'effet de dispositions rares, par lesquelles le pied, au lieu d'être porté en dehors, est porté en dedans, comme nous l'avons quelquefois observé à la suite de la fracture de l'extrémité inférieure du péroné et du tibia. Dans tous les cas, ces déplacemens sont faciles à reconnaître au doigt et même à la vue.

« E. *Mobilité du pied en travers*. Dans l'état ordinaire de l'articulation du pied, les malléoles et leurs ligamens ne permettent aucun mouvement de totalité du pied en travers ou horizontalement; car les mouvemens d'inclinaison, connus sous les noms d'*adduction* et d'*abduction*, ne sont pas des mouvemens de ce genre. Or, la mobilité contre nature, dont nous parlons, est très-grande, lorsque la partie inférieure du péroné a été fracturée. On la met en jeu lorsqu'après avoir fléchi le membre pour en relâcher les muscles, on rend la jambe

immobile en la saisissant d'une main par sa partie inférieure, tandis que de l'autre main on imprime au pied des mouvemens de totalité de la malléole interne vers l'externe. On voit alors le pied se mouvoir suivant une ligne transversale et abandonner l'axe de la jambe, la malléole interne devenir saillante, l'externe exécuter un mouvement de baseule, et toutes ces choses disparaître aussitôt que, par un mouvement contraire, on ramène le pied à sa position naturelle. Ces mouvemens servent encore à faire reconnaître les fractures du péroné sans déplacement, et à les faire distinguer des entorses simples; en ce qu'ils sont presque toujours suivis, soit de crépitation entre les fragmens de la fracture, soit d'un déplacement qui ne saurait exister dans les entorses.

« F. *Le changement dans le point d'incidence de l'axe de la jambe sur le pied*, ou, en d'autres termes, le changement qui survient dans les rapports de l'axe de la jambe et du pied, est, lorsqu'il existe, un des signes les plus frappans de la fracture du péroné; alors le tibia et le fragment supérieur du péroné, restés dans leur situation naturelle, tandis que le pied est porté en dehors, paraissent en quelque sorte chassés en dedans par une puissance directe. Ces changemens de direction et de rapport sont tels, que si on prolongeait inférieurement l'axe de la jambe, cet axe, au lieu de tomber sur l'astragale, laisserait cet os, et par conséquent le pied tout entier, plus ou moins en dehors. On conçoit que ce changement est à la fois un signe non équivoque de la fracture du péroné et de la luxation du pied en dedans, et une raison de l'impossibilité où sont les malades, chez lesquels il a lieu, de prendre un appui quelconque sur la plante du pied, qui pour lors ne présente au sol que son bord interne.

Ce changement est un effet nécessaire et constant du déplacement que subit le pied, lorsque le péroné cesse de lui fournir un appui en dehors, et que les muscles péroniers latéraux viennent à se contracter; le pied et la malléole externe, qui font partie du même système, se meuvent dans un sens; le tibia et le fragment supérieur du péroné se meuvent, ou du moins restent dans un autre sens. Le centre de ce mouvement nouveau n'est plus dans l'articulation, mais bien dans une ligne oblique qui s'étend de la malléole interne en traversant l'articulation du pied jusqu'à l'endroit où se trouve la fracture du péroné. Cette ligne est très-bien exprimée dans la gravure représentant la fracture du péroné qui accompagne l'ouvrage de Pott.

« G. *Le déplacement du pied en dehors* résulte de la mobilité dont nous avons parlé, mise en jeu par le poids du corps ou l'action des muscles : alors le pied abandonne, par un

mouvement que je suppose horizontal, la face inférieure du tibia pour se placer en totalité ou bien en partie en dehors de l'axe de la jambe. L'étendue de ce déplacement varie depuis quelques lignes jusqu'à un pouce et demi; lorsqu'il est considérable, il forme un des signes les plus évidens de la fracture du péroné, et, lorsqu'il est faible ou qu'il n'existe pas, on peut l'accroître ou même le produire à volonté, en imprimant au pied des mouvemens latéraux, c'est-à-dire d'une malléole à l'autre. Souvent aussi ce déplacement s'opère et disparaît plusieurs fois de suite pendant qu'on examine les malades ou qu'on les panse, surtout lorsqu'on a laissé le membre étendu et les muscles dans un état de tension. Un de ses effets les plus remarquables et les plus fâcheux est qu'il ne saurait avoir lieu sans que les tendons, les vaisseaux, les nerfs et les ligamens qui sont placés autour de l'articulation, obligés de suivre les mouvemens du pied et de se contourner sur l'extrémité inférieure du tibia et du péroné, ne soient tiraillés, contus, comprimés ou bien déchirés. De là les douleurs, les spasmes, les convulsions, les inflammations, la suppuration et la gangrène, qui accompagnent si souvent ces déplacemens, lorsque par faiblesse ou par ignorance, on n'y remédie pas en opérant la réduction à l'instant même.

« H. *Rotation du pied sur son axe.* Ce n'est pas par un mouvement horizontal et simple que le pied se porte en dehors à la suite de la fracture du péroné, c'est par un mouvement combiné de dedans en dehors et de bas en haut. De cette combinaison résulte une sorte de rotation du pied sur son axe, laquelle a lieu dans un sens tel, que la tête de l'astragale se porte en dedans, que le bord interne du pied s'abaisse, que sa plante s'incline en dehors, que son bord externe se relève, et que sa face dorsale se porte directement en haut. L'étendue de ce mouvement de rotation est d'ailleurs toujours en rapport avec celle du déplacement en dehors; ce mouvement est dû aux mêmes causes, c'est-à-dire au poids du corps ou bien à l'action des péroniers latéraux, lorsque les malades ont fait des efforts pour marcher après la fracture du péroné. C'est de ces mouvemens combinés que résultent, lorsqu'ils n'ont pas été corrigés par une méthode de traitement convenable, la difformité du pied, et par suite toutes les difficultés qu'éprouvent dans la marche les malades dont la fracture a été méconnue ou mal traitée.

« I. Le déplacement du pied en travers et suivant son axe est toujours suivi d'une augmentation *dans l'étendue de l'espace compris entre les deux malléoles*. Cette augmentation de largeur doit être soigneusement distinguée de celle qui résulte de l'ecchymose et de la tuméfaction des parties molles. Il suffit, pour écarter cette cause d'erreur, de chercher les mal-

léoles, de comprimer légèrement, et pendant quelques instans, les parties molles, qui les recouvrent; et, après avoir ramené ces derniers à leur épaisseur ordinaire, d'apprécier, en la comparant au côté sain, la largeur de l'espace compris entre les malléoles. De la déviation du pied en dehors et du changement dans le point d'incidence de l'axe de la jambe, résultent plusieurs effets secondaires qui ne sont ni moins importans, ni moins caractéristiques que les précédens : tels sont la saillie du tibia en dedans, l'angle obtus et saillant que forme la malléole interne et l'angle obtus et rentrant qu'on voit au-dessus de la malléole externe.

« K. *La saillie du tibia* à la face interne de la jambe, et *l'angle obtus et saillant* situé à la hauteur *de la malléole*, résultent de la luxation du pied, qui, en se portant au dehors, abandonne en quelque sorte ces parties, et les laisse en évidence sous la peau. Les degrés de cette saillie sont relatifs à l'étendue du déplacement du pied; aussi la voit-on faible chez quelques sujets, plus marquée chez d'autres, et tellement prononcée chez quelques-uns, que la peau est soulevée, distendue et même quelquefois déchirée, et qu'à travers cette déchirure on voit à l'œil, ou l'on sent, à l'aide du doigt ou du stylet, la malléole tantôt entière et tantôt fracturée, l'articulation intacte ou bien ouverte, désordres qui constituent une des plus graves complications de la fracture du péroné. Audessous de la malléole, on trouve ordinairement un creux ou tout au moins un défaut de résistance, qui tient à ce qu'aucune partie osseuse n'est venue prendre la place de cet os.

« L. *L'angle obtus et rentrant* situé à la partie externe et inférieure de la jambe est d'autant plus marqué que le pied est plus fortement porté en dehors et en haut; il existe là comme un coup de hache, qui est un des signes les plus évidens et les plus certains, non-seulement de la fracture du péroné, mais encore du déplacement de ses fragmens. Il résulte d'un mouvement de bascule que le fragment inférieur du péroné a exécuté sur la partie externe de l'astragale, mouvement en vertu duquel son extrémité inférieure a été portée en dehors et en haut, tandis que la supérieure a été portée en dedans et en bas, jusqu'à ce qu'elle ait rencontré le tibia, qui met un terme à ce mouvement et au déplacement du pied en dehors; mais tandis que le fragment inférieur cède ainsi à l'effort du pied avec lequel il est lié, le fragment supérieur qui n'est sollicité par aucune puissance, reste en place et fait saillie à travers la peau, que même il perce quelquefois: d'où il résulte que lorsqu'on promène les doigts de haut en bas sur la partie externe et inférieure de la jambe, on trouve d'abord une saillie formée par le fragment supérieur du péroné; immédiatement audessous de cette saillie, un enfoncement quelquefois sensible à la

vue, et sous la peau un vide sensible au doigt, résultant l'un et l'autre de la bascule du fragment inférieur; enfin, audessous de cet enfoncement, la malléole externe plus ou moins dirigée en haut. L'angle rentrant qu'on voit à la partie externe de l'articulation, et l'angle saillant qui existe à sa partie interne, répondent exactement aux extrémités de la ligne suivant laquelle agit le poids du corps lorsque, le pied ayant été porté au dehors, elle traverse obliquement la jambe en se portant du bas du péroné vers la malléole interne.

« M. *Disparition et retour subit de tous les symptômes.* On voit souvent se former, par l'effet de l'extension du membre, de la contraction des muscles, d'une douleur ou d'un spasme subits, et disparaître successivement par des effets contraires, et surtout au plus léger effort de réduction, le déplacement du pied en dehors et suivant son axe, le changement, dans le point d'incidence du poids du corps sur le pied, la saillie du tibia et celle de la malléole interne sous les tégumens, la bascule et l'enfoncement de la malléole externe et le coup de hache qui en est la suite, et l'espèce de torsion qu'éprouvent les tendons des muscles qui vont de la jambe au pied. Or, la facilité avec laquelle tous ces symptômes paraissent et disparaissent en quelques instans et par les plus légers efforts de réduction, n'indique pas seulement une fracture du péroné, mais encore que cette fracture est accompagnée d'une grande déchirure des ligamens, et d'une grande mobilité des fragmens. »

Espèces et variétés de la fracture du péroné. On voit, d'après les observations que M. Dupuytren rapporte dans son mémoire, que la fracture du péroné est rarement une maladie simple, c'est-à-dire bornée à une solution de continuité de l'os, et qu'elle est presque toujours accompagnée ou suivie de circonstances qui l'éloignent de cet état et lui donnent une gravité qu'elle n'aurait pas sans elles. « Tels sont la hauteur à laquelle l'os est fracturé, la rupture des ligamens latéraux, de la malléole interne ou du tibia lui-même, les déplacemens du pied en dedans, en arrière et quelquefois en dehors; l'ascension de l'astragale et du pied le long de la face externe du tibia, les épanchemens de sang, l'ouverture de la peau, la saillie des os au dehors, le gonflement, la tension, l'inflammation, l'étranglement, la gangrène, la suppuration, la nécrose, le délire et diverses fièvres, circonstances qui produisent des variétés, des accidens ou des complications que nous allons exposer successivement.

« *Espèce simple.* L'espèce simple de laquelle il faut partir dans cette maladie pour se faire une idée exacte de ses variétés, de ses complications et de ses accidens, est celle dans laquelle

le désordre est exactement borné à la solution de continuité de l'extrémité inférieure du péroné. Cette espèce est loin d'être le produit d'une distinction hypothétique, subtile et par conséquent sans utilité : elle existe bien réellement, et sa connaissance importe à la fois à la théorie de ses complications et à la pratique de l'art; elle ne peut exister qu'autant que le péroné a été fracturé à une certaine distance de son extrémité inférieure, et que la cause qui l'a produite, épuisée immédiatement après, a été incapable de déterminer d'autres effets, ou bien enfin qu'autant qu'une autre cause, consécutive à la première, ne vient pas produire d'autres désordres; ce qui est très-rare. Il est bien plus ordinaire que cette fracture arrive au-dessous de la hauteur indiquée, ou que la cause qui l'a produite prolonge son action au-delà de la solution de continuité, et que les muscles ou le poids du corps déterminent des déplacemens et d'autres effets qui éloignent cette maladie de l'état de simplicité dont nous parlons. Tant qu'elle existe à ce dernier état, on ne peut avoir sur son existence que des signes présomptifs, tels que l'espèce d'accident arrivé, le craquement et le bruit qui se sont fait entendre au même instant; le siége de la douleur dans un point fixe et invariable de l'extrémité inférieure du péroné; le gonflement plus ou moins considérable survenu autour de ce point; l'absence de toute douleur comme de tout gonflement aux ligamens latéraux; la difficulté, l'impossibilité de marcher ou même de prendre un appui sur le membre malade, et la prolongation de tous ces symptômes au-delà de la durée des effets d'une simple contusion. Mais que dans cet état de choses, les muscles péroniers latéraux, le poids du corps ou quelque autre cause analogue viennent à agir, on voit aussitôt se manifester la mobilité contre nature, la crépitation sur un point de la longueur de l'os, le déplacement des fragmens en dedans ou du côté du tibia, celui du pied en dehors et suivant son axe, le changement dans le point d'incidence du poids du corps sur le pied, l'augmentation dans la largeur de l'articulation, la saillie du tibia et de la malléole interne sous les tégumens, l'enfoncement du péroné en dehors, et, suivant l'intensité de la cause qui agit, une multitude d'autres effets; dès-lors on n'a plus affaire seulement à une solution de continuité de l'os, et la maladie a quitté son caractère de simplicité. »

« *Variétés de l'espèce simple.* Cette espèce simple peut tenir à deux circonstances qui produisent deux variétés qu'il ne faut pas confondre. Dans l'une de ces variétés, le péroné est fracturé à plus de trois pouces de son extrémité inférieure; circonstance qui s'oppose en même temps aux déplacemens du pied et à tous les désordres qu'ils peuvent entraîner; dans

l'autre variété, le péroné est fracturé à moins de trois pouces de son extrémité inférieure, circonstance qui rend possibles tous les déplacemens et tous les désordres qui sont la suite de la fracture du péroné.

« *Première variété. Fractures à plus de trois pouces du sommet de la malléole externe.* Une première variété de fractures simples du péroné est formée de toutes les solutions de continuité de cet os qui ont lieu à plus de trois pouces du sommet de la malléole externe. *Il n'y a et il ne peut survenir dans cette variété aucun déplacement du pied*, ce qui la distingue de toutes les autres. Cette impossibilité tient surtout à la longueur du lévier que forme le fragment inférieur du péroné, et à l'intégrité des ligamens tibio-péronéaux; on ne la rencontre que dans les fractures par cause directe, et presque jamais dans les fractures par cause indirecte; car comme la production de celles-ci est toujours précédée d'un mouvement violent et même d'un véritable déplacement du pied, soit en dedans, soit en dehors, il est évident qu'elle ne peut avoir lieu dans un point qui ne permette pas le déplacement, et que la continuation de la même cause, après avoir produit la fracture du péroné, peut aussi déterminer, soit immédiatement, soit consécutivement la luxation du pied. Ces fractures sont toujours moins dangereuses que les autres, et n'exigent, pour être parfaitement guéries, que le repos et la demi flexion du membre.

« *Deuxième variété. Fracture à moins de trois pouces du sommet de la malléole externe.* Une seconde variété des fractures simples du péroné est composée de tous les cas dans lesquels cet os a été brisé par une cause quelconque, directe ou indirecte, à moins de trois pouces du sommet de la malléole externe, et dans lesquels il n'y a pas eu de déplacement du pied, encore que ce déplacement soit possible, et qu'il arrive très-souvent au moindre effort et au moindre mouvement que font les malades. Cette fracture peut avoir son siége dans chacun des points placés entre le sommet de la malléole externe et la hauteur de trois pouces, audessus de laquelle elle ne saurait avoir lieu sans changer de caractère. On la rencontre le plus souvent à deux pouces et demi du sommet de la malléole, dans le point où le péroné, plus faible et plus grêle que partout ailleurs, et courbé en dedans par l'effet du poids du corps et de l'action des muscles, offre moins de résistance et plus de prise à l'action des causes capables de le fracturer. C'est presque toujours dans ce point que se fait la fracture qui suit les mouvemens violens du pied en dehors; elle peut cependant avoir lieu audessous de ce point et sur la partie de cet os qui est

logée dans la gouttière du tibia; c'est ce qui arrive ordinairement lorsqu'elle est produite par des mouvemens du pied en dedans. Enfin, on la trouve quelquefois audessous des ligamens qui unissent le péroné au tibia, et c'est alors une fracture de la malléole plutôt que du péroné; celle-ci est encore le produit des mouvemens du pied en dedans. Toutes ces variétés peuvent être reconnues au toucher, à la mobilité et à la crépitation; elles n'ont aucune importance par elles-mêmes, mais elles en acquièrent une très-grande par leurs suites, c'est-à-dire par la facilité plus ou moins grande qu'elles donnent au pied de se déplacer. De toutes ces fractures, c'est celle qui a lieu à deux pouces du sommet de la malléole qui est le plus fréquemment suivie de déplacement du pied.

« *Complications. Rupture des ligamens latéraux internes.* Une rupture, l'arrachement du sommet et la fracture de la malléole du côté interne, constituent les complications les plus communes parmi celles qui accompagnent la fracture du péroné; elles tiennent aux mêmes causes et sont le produit de simples modifications dans la manière d'agir de ces causes. Ces désordres peuvent précéder ou suivre les fractures du péroné; ils les précèdent lorsque celles-ci sont occasionées par un mouvement violent du pied en dehors; ils les suivent toujours lorsque ces fractures sont causées par un mouvement en dedans. Dans le premier cas, ils sont un effet de l'effort qui va fracturer le péroné, de cet effort qui pèse en même temps sur le côté interne de l'articulation du pied et sur la partie inférieure de cet os; dans le second cas, la rupture des ligamens, l'arrachement ou bien la fracture de la malléole interne sont le produit d'une cause différente, et pour qu'ils aient lieu, il faut qu'après avoir été porté en dedans, mouvement pendant lequel s'est fait la fracture du péroné, le pied soit ensuite porté en dehors; ce qui ne saurait avoir lieu que lorsque les malades cherchent à prendre un appui sur le pied, ou que les muscles abducteurs exercent un effort consécutif et contraire à celui de la puissance qui a déterminé la fracture du péroné. Quelle que soit celle des deux causes qui agisse, le lévier que représente la largeur du pied, devenu plus long au dehors par la fracture de la malléole interne, et semblable à une balance dont le fléau aurait été subitement allongé d'un côté, s'incline en dehors et en haut : alors le pied se luxe en dedans ou par l'effet du poids du corps, ou par l'action des muscles. La rupture des ligamens ne peut être reconnue qu'à une douleur plus ou moins vive, à une ecchymose plus ou moins profonde audessous de la malléole interne, à la saillie que cette malléole fait en dedans lorsque le pied est porté en dehors, à une mo-

bilité plus ou moins grande du pied en travers; elle n'a pas une grande importance, car la fracture du péroné se réunit aussi promptement, et le pied offre par la suite autant de solidité que si ces ligamens n'avaient pas été déchirés.

« *Arrachement du sommet de la malléole interne.* L'arrachement du sommet de cette malléole a la plus grande analogie avec la rupture des ligamens latéraux internes, et il est encore plus commun. Nous l'avons plusieurs fois constaté sur le cadavre d'individus qui avaient succombé à des écrasemens du corps, précédés de l'espèce d'accident qui nous occupe; mais on ne saurait les distinguer aisément l'un de l'autre sur le sujet vivant : il nous est pourtant arrivé plusieurs fois de reconnaître pendant la vie et dans l'état d'intégrité de la peau l'arrachement du sommet de la malléole, à des corps inégaux et durs qui accompagnaient les ligamens latéraux internes dans les mouvemens du pied en dehors, et, plus aisément encore, à la vue ainsi qu'au toucher, lorsque la peau était déchirée. Cet arrachement n'a ordinairement d'autres suites et n'exige d'autre traitement que celui de la fracture simple du péroné.

« *Fracture de la malléole interne.* La fracture de cette malléole peut toujours être reconnue dès le principe, ou tout au moins par la suite, lorsque le gonflement est dissipé, et elle ne peut jamais être méconnue lorsque la peau a été déchirée; lorsqu'elle existe, on découvre, en parcourant de haut en bas la face interne du tibia, une rainure transversale accompagnée d'un écartement plus ou moins grand à la hauteur de la malléole interne : on peut alors saisir cette apophyse et lui imprimer des mouvemens d'avant en arrière auxquels le tibia ne participe pas. Si la peau est déchirée, la vue, le toucher avec le doigt ou avec un stylet font aisément reconnaître cette fracture. Une fois séparée du tibia, la malléole suit toujours les mouvemens du pied; par elle elle se trouve plus ou moins écartée ou rapprochée du corps de cet os; elle en est écartée lorsque le pied est porté dans l'abduction; elle en est rapprochée, elle est même mise en contact avec lui dans les mouvemens d'adduction : c'est ce que ne manque jamais de produire le bandage contre la fracture du péroné. Il est très-remarquable que les fractures de la malléole interne, celles de la malléole externe et de l'olécrâne, ainsi que les fractures longitudinales de la rotule se consolident très-bien et en fort peu de temps, tandis que celles du col du fémur et celles de la rotule en travers ne se consolident qu'avec une extrême difficulté et une extrême lenteur.

« *Fracture de l'extrémité inférieure du tibia.* Au lieu des ligamens latéraux et de la malléole interne, c'est quelquefois

l'extrémité inférieure du tibia qu'on trouve fracturée. Cette solution de continuité a presque toujours lieu par suite de celle du péroné, et par l'effet des causes qui ont déterminé celle-ci; par exemple lorsque le péroné ayant été fracturé dans un mouvement violent d'abduction, l'effort se continue sur le tibia, et que l'extrémité inférieure de ce dernier os trouve un appui sur le sol; alors, au lieu d'agir sur les ligamens ou sur la malléole interne, la puissance se transporte toute entière sur le tibia, qui se fracture à peu de distance de son extrémité inférieure. Quelquefois la fracture du tibia précède celle du péroné, et au lieu d'en être l'effet, elle en devient la cause: c'est ce qui a lieu lorsque la jambe ayant perdu sa solidité par la fracture du tibia, les malades veulent prendre un appui sur le pied. Si ce dernier vient à être porté en dehors, ce qui arrive fréquemment, l'extrémité inférieure du péroné se brise d'autant plus facilement, que la fracture du tibia a détruit les obstacles qui, du côté interne de l'articulation, s'opposaient à ce mouvement, et qu'elle a réduit au seul péroné toute la résistance de la jambe. Cette fracture est presque toujours oblique et accompagnée de déplacement du pied. L'obliquité dépend de la nature de la cause et du sens dans lequel elle agit; Cette cause commence toujours par courber l'os, et elle finit par le rompre de la convexité vers la concavité de la courbure qu'il a subie. Cette obliquité peut avoir lieu de dedans en dehors, d'avant en arrière, circonstances qui permettent seules de concevoir la diversité des déplacemens du pied dans la même fracture : c'est ainsi que nous avons vu le pied porté tantôt en arrière, tantôt en dedans ou même en dehors, mais bien plus souvent en arrière; ce qui tient à la fréquence de l'obliquité de la fracture du tibia d'avant en arrière, et à la prédominance incontestable des extenseurs du pied sur tous les autres muscles de cette partie. »

Fracture avec luxation du pied en dedans. « J'appelle *luxation du pied en dedans*, celle dans laquelle la tête de l'astragale se porte audessous et au côté interne de la malléole tibiale, me conformant à ce point à la règle qui veut qu'on déduise les noms des espèces, dans les luxations, des sens vers lesquels se portent les os qui se déplacent : or, dans celle-ci, l'astragale étant l'os qui se déplace en se portant en dedans, c'est ce mouvement qui doit faire dénommer la luxation, et non pas le mouvement du pied en dehors, lequel ne doit être considéré que comme un effet et comme un signe. Cette luxation est si commune, et elle se lie tellement à l'existence de la fracture du péroné, qu'on trouve rarement celle-ci sans l'autre, qui en devient un des signes les plus

certains. Aussi les auteurs, plus frappés de cette luxation que de la fracture du péroné, ont presque tous rejeté celle-ci dans l'histoire des luxations du pied. Nous avons déjà démontré que ce déplacement n'est qu'un effet prolongé de l'action des causes qui ont déterminé la fracture, ou bien une suite de l'action des muscles abducteurs du pied : elle ne saurait donc être considérée que comme une complication très-commune, il est vrai, de la fracture du péroné. »

Fracture avec luxation du pied en arrière. « Ce déplacement est toujours dû à la contraction des muscles et non aux causes qui ont produit la fracture, et de même que le déplacement en dedans tient à l'action des péroniers latéraux, de même le déplacement en arrière tient à celle des jumeaux et du soléaire. Ceux-ci agissant sur le pied, qui n'est plus retenu par la résistance de la malléole externe, font glisser l'astragale d'avant en arrière sur l'extrémité inférieure du tibia, et ils font exécuter au fragment inférieur du péroné un mouvement en vertu duquel son extrémité inférieure est portée en arrière, tandis que son extrémité supérieure est portée en avant. Cette action des jumeaux et des soléaires ne produit cependant qu'une luxation incomplette toutes les fois que la malléole interne est intacte, et alors le pied est porté en dehors et en arrière tout à la fois; mais lorsque la malléole interne est brisée, comme cela arrive souvent, ce déplacement peut être aussi étendu que dans une luxation simple du pied dans ce sens. On voit alors ce membre s'allonger en arrière et se raccourcir en avant, une excavation en demi-cerle se former dans le premier sens, et une tumeur osseuse soulever les tendons et les ligamens du coude-pied; mais au lieu que, dans les luxations simples du pied, la malléole externe suit le mouvement du tibia et du péroné, et forme en avant une saillie pareille à celle de la malléole interne, elle est ici entraînée en arrière par le pied auquel elle adhère à l'aide des ligamens latéraux, et elle cesse d'avoir une direction commune avec les os de la jambe auxquels elle ne tient plus. C'est dans ces cas que les avantages de la demi-flexion sont évidens. La position étendue de la jambe sur la cuisse suffit pour déterminer le déplacement dont il s'agit, et la demi-flexion pour le prévenir ou pour le faire cesser, comme nous nous en sommes maintefois convaincus. Toutefois on ne réussit pas toujours aussi aisément à maintenir cette luxation réduite. Après avoir réfléchi à la cause qui l'a entretenue, et qui a résisté jusqu'au dernier moment à la position et aux efforts faits chez quelques malades pour ramener le pied en avant, je suis resté convaincu qu'elle tenait surtout à la difficulté qu'éprouve l'astragale, pourvu d'une

poulie arrondie, à se maintenir sur la surface articulaire du tibia sans glisser en avant et surtout en arrière. »

Fracture avec déplacement du pied en dehors. « J'appelle *luxation du pied en dehors* celle dans laquelle l'astragale est porté du côté et audessous de la malléole péronéale, tandis que le bord externe du pied est porté en bas, sa plante en dedans et son bord interne en haut; que la malléole tibiale se cache et disparaît entre le pied et la jambe, au fond d'un angle rentrant, situé à leur côté interne, et que la malléole péronéale forme avec l'astragale un angle saillant et arrondi en dehors. A ne voir que ces changemens dans la forme, la situation et les rapports du pied et de la jambe, on croirait avoir sous les yeux un pied-bôt de naissance. Ce déplacement est un des plus rares et des plus difficiles à expliquer. Quelles sont en effet les dispositions qui lui permettent d'avoir lieu? quelle est la force qui l'opère, et comment cette force ne le produit-elle pas plus souvent? ou même comment se fait-il que le pied ne soit pas toujours porté en dedans, et l'astragale en dehors à la suite des fractures, tant du péroné que de l'extrémité inférieure du tibia, lorsqu'on voit constamment dans l'état de repos et pendant le sommeil, chez les pieds bots et dans la majeure partie des faux pas et des entorses qui en sont la suite, le pied dirigé en dedans, et ses adducteurs l'emporter sur ses abducteurs? Dans l'état d'intégrité de l'articulation du pied, celui-ci, tiré en sens contraire par ses adducteurs et ses abducteurs, est retenu dans une sorte d'équilibre entre ces deux puissances par les malléoles et leurs ligamens qui lui fournissent des appuis en dedans, ainsi qu'en dehors. Cependant, ni les forces qui les sollicitent, ni les résistances qui les retiennent, ne sont égales des deux côtés. Les forces qui le sollicitent en dedans, c'est-dire le jambier antérieur et postérieur, le fléchisseur commun des orteils et le long fléchisseur propre du gros orteil, me semblent plus grandes que celles qui le sollicitent en dehors, c'est-à-dire le grand, le moyen et le petit péroniers; mais les premières, disposées moins favorablement que les dernières, et agissant sur un bras de levier beaucoup plus court, perdraient leur prédominance, si la brièveté de la malléole tibiale ne rendait l'avantage aux muscles adducteurs : en effet, elle ne se prolonge pas au delà de quelques lignes au côté interne du pied, et elle emboîte à peine l'astragale, tandis que la malléole péronéale s'abaisse bien audessous de la malléole tibiale, et ne permet pas au pied de se porter en dehors aussi longtemps qu'elle est entière. Que l'on suppose maintenant une fracture à la malléole ou à l'extrémité inférieure du péroné; le pied n'éprouvant pas plus de résistance en dehors qu'en dedans, doit céder à l'action

des abducteurs, supérieure à celle de leurs antagonistes, moins à cause de leur nombre ou de leur force réelle, qu'à cause de leur insertion à un bras de lévier plus long que celui auquel les adducteurs s'insèrent; que l'on suppose encore les malléoles interne et externe brisées en même temps et à la même hauteur, par les mêmes raisons l'avantage restera encore aux abducteurs; le bord externe du pied sera porté en dehors, et l'astragale en dedans, à moins toutefois que les muscles extenseurs du pied ne se contractent; car alors celui-ci manquant d'appui en dedans et en dehors, sera entraîné en arrière et en dehors. Il semblerait, par ce qui précède, que, lorsque le tibia a été fracturé seul à sa partie inférieure, le pied n'ayant plus d'appui en dedans, et conservant celui que le péroné et sa malléole lui fournissent en dehors, l'astragale devrait se porter constamment de leur côté et le pied en dedans; néanmoins l'observation prouve le contraire, et nous ferons bientôt voir que presque toutes les fractures de l'extrémité inférieure du tibia sont suivies d'un léger déplacement de l'astragale en dedans; ce qui est certainement dû aux dispositions qui donnent aux abducteurs une supériorité qui, pour se manifester, semble n'avoir besoin que de la solution de continuité de l'un ou de l'autre des os de la jambe indifféremment. Le déplacement de l'astragale en dehors, et du pied en dedans, ne peut donc provenir que de dispositions particulières, insolites et fort rares. Ces dispositions sont l'obliquité de la fracture du tibia, et la résistance plus ou moins grande du fragment inférieur du péroné. L'obliquité n'a pas seulement pour effet dans les fractures le chevauchement des fragmens, elle influe encore sur la direction dans laquelle se font les déplacemens, sur les muscles capables de la produire, et les moyens à employer pour y remédier; dans le déplacement dont il s'agit, l'obliquité est telle, que la fracture semble avoir été opérée de haut en bas et de dedans en dehors, et que le bec du fragment supérieur est dirigé en dehors et en bas, et celui du fragment en dedans et en haut; que si, à cette obliquité, se joint une résistance de la part du fragment inférieur du péroné, on conçoit que le pied ne pouvant se porter en dehors, il devra se porter en dedans par l'effet des causes qui amènent ce mouvement dans l'état d'intégrité de l'articulation du pied. »

« *Déplacement du pied en dehors et en haut.* Le pied n'est pas seulement susceptible de se déplacer en dehors, il peut en même temps se déplacer en haut, double déplacement qui n'a été observé qu'un seule fois sur près de deux cents fractures du péroné que nous avons traitées depuis quinze ans; mais il a été tellement caractérisé, qu'il ne saurait être passé sous silence ou méconnu à l'avenir; il ne peut avoir lieu sans que le

péroné n'ait été fracturé, c'est la condition sans laquelle aucun déplacement du pied ne peut se faire en dedans ou en dehors; il exige de plus une dilacération complette des ligamens tibio-péronéaux, de ces ligamens épais et courts qui s'étendent du tibia au péroné, et dont la force est telle, que dans la plupart des expériences ils résistent bien plus efficacement que le tissu du tibia et du péroné.

« *Fracture comminutive.* La fracture du péroné n'a pas toujours lieu en travers ou obliquement et sur un seul point; elle peut avoir lieu sur plusieurs points et dans plusieurs directions à la fois : c'est ce qui arrive principalement lorsqu'elle est la suite d'un écrasement produit par un coup ou par le passage d'une roue de voiture sur la partie inférieure et externe de la jambe. De là résultent des fractures multiples avec des esquilles plus ou moins nombreuses, dont le déplacement entraîne la piqûre, le tiraillement, le soulèvement et le déchirement des parties molles, nerveuses, tendineuses, aponévrotiques, cutanées, et par suite des douleurs, des inflammations, des abcès, des escarres, des perforations, des mouvemens convulsifs, des roideurs tétaniques, etc., accidens qui mettent actuellement en danger la vie des malades, et qui rendent le traitement long et difficile, retardent la consolidation des parties et entraînent presque toujours des difformités plus ou moins grandes dans le cal. La connaissance de la cause qui a agi peut faire soupçonner l'existence de cette complication de la fracture du peroné, qu'on reconnaît toujours, à la vue et au toucher, à la surface du membre inégale, raboteuse, alternativement soulevée par des pointes et abaissée dans l'intervalle de deux parties résistantes, à la mobilité, à la crépitation qui se font sentir sur plusieurs points à la fois. Cette fracture qui semble devoir être si grave, ne le devient cependant qu'autant que le déplacement donne aux esquilles l'occasion d'exciter autour d'elles les accidens dont nous avons parlé. Quelque nombreuses qu'on suppose ces esquilles, on conçoit que si les parties qui les composent pouvaient rester entre elles dans la position relative où elles se trouvent dans l'état d'intégrité de l'os, leur existence serait à peu près indifférente, et qu'enveloppées dans le gonflement des parties molles voisines, devenues dès ce moment incapables de se déplacer, elles devraient malgré leur nombre se consolider, comme s'il n'existait qu'une seule fracture. Tel est le but que l'art doit se proposer, et c'est ce qu'il obtient très-fréquemment à l'aide d'une prompte et entière réduction des parties, et d'un appareil qui les maintienne réduites.

Fracture avec des désordres intérieurs. Les désordres que les fractures produisent à l'intérieur et que la peau cache à la vue

sont encore plus grands que ceux qu'on découvre à l'extérieur; ils sont tels qu'après les avoir attentivement considérés, on a peine à concevoir qu'ils puissent être réparés si souvent, si complétement et en si peu de temps. L'étonnement redouble lorsqu'on descend des désordres qui accompagnent les fractures en général à ceux qui accompagnent les fractures du péroné en particulier, et qui, à raison des causes qui les produisent, de l'étendue et de la variété des déplacemens qui les suivent, et de la nature des parties qui se trouvent intéressées, semblent devoir faire naître mille accidens plus graves les uns que les autres : les expressions de *piqûre*, de *tiraillement*, de *déchirure*, etc., n'en peuvent donner qu'une faible idée. Une description d'après nature est seule capable d'en bien faire connaître l'étendue et les suites. Pour ce qui concerne les os, on trouve le péroné fracturé seul ou bien avec le tibia ; le premier à toutes les hauteurs possibles depuis sa partie inférieure jusqu'au sommet de sa malléole ; le second à sa partie inférieure, à la base ou bien au sommet de son appendice : l'un et l'autre en travers obliquement ou même en long, sur un seul point ou sur plusieurs points à la fois, avec ou sans déplacement, avec ou bien sans esquilles, mobiles ou adhérentes, aiguës ou tranchantes, en position ou bien enfoncées dans les chairs. On trouve l'articulation intacte du pied ou bien ouverte, suivant la hauteur à laquelle le péroné est fracturé, suivant que le tibia est intact ou brisé, que les déplacemens de l'astragale sont faibles ou considérables, et lorsque cette articulation est ouverte, du sang concret ou mêlé à la synovie dans la cavité de la synoviale qui la tapisse ; cette ouverture elle-même en communication avec l'intérieur seulement, ou bien avec l'extérieur, par le moyen de déchirures toujours inégales et représentant des canaux sinueux sur le trajet que les os ont parcouru en se déplaçant, et pour se porter vers la peau qu'ils ont divisée. Quant aux parties molles, on trouve les ligamens latéraux internes, les ligamens tibio-péronéaux et latéraux externes déchirés d'une manière plus ou moins inégale : les premiers plus souvent que les autres, et dans le cas de déplacement considérable de l'astragale en dedans ; les seconds dans les cas de bascule violente du péroné, et lorsque l'astragale remonte le long de la face externe du tibia ; ces derniers très-rarement. On trouve les coulisses dans lesquelles glissent les tendons des adducteurs et des abducteurs ouvertes, dans les cas où les déplacemens sur les côtés, en avant ou en arrière, ont été très-considérables, et les tendons eux-mêmes et les nerfs placés dans les mêmes directions, distendus, contournés, comprimés, déplacés, soulevés, entamés, divisés en partie et quelquefois en totalité, par des fragmens obliques appartenant le plus souvent au tibia ; les artères et les veines, et surtout la veine saphène

interne, comprimées, ouvertes et environnées de sang épanché; le tissu cellulaire déchiré dans tous les sens, plein de sérosité rougeâtre, et plus souvent encore de sang qui s'étend quelquefois jusqu'aux orteils, d'une part, et jusqu'au genou de l'autre, en parcourant le tissu cellulaire placé sous la peau, sous les aponévroses, autour des tendons, des muscles, de leurs faisceaux principaux et de leurs fibres, des paquets formés par les vaisseaux et les nerfs, etc. Tels sont en abrégé les désordres qui accompagnent les fractures du péroné et les déplacemens qui les suivent. Ce sont ceux qui donnent à cette maladie le caractère de gravité qu'elle a toutes les fois qu'elle a été mal traitée, et ce sont eux, on peut le dire à la louange de l'art, qu'on parvient à réparer toutes les fois qu'on emploie un traitement convenable.

« *Fracture avec épanchement de sang.* L'ecchymose et l'épanchement du sang sont une des suites les plus communes des fractures en général et de celles du péroné en particulier. Cet accident, qui tient à la déchirure des vaisseaux artériels ou veineux, a des suites différentes suivant la manière d'être du sang, suivant l'état des parties qui le contiennent et le traitement mis en usage, tant contre lui que contre la maladie principale. Si le liquide est infiltré, c'est-à-dire s'il est contenu dans les cellules du tissu cellulaire sous-cutané et sous-aponévrotique, dans les interstices naturels des parties, soumis à la force absorbante de surfaces très-étendues, et qui n'ont subi aucune désorganisation, il est ordinairement résorbé avec facilité, mais non pas si promptement pourtant qu'on n'en trouve des traces plus ou moins longtemps après la parfaite guérison de la fracture. Si au contraire le sang est épanché, c'est-à-dire contenu dans le tissu cellulaire déchiré ou dans de vastes poches qui soulèvent la peau, écartent les parties molles, enveloppent les fragmens de la fracture, s'étendent autour de l'articulation et pénètrent quelquefois dans son intérieur: alors le sang épanché peut devenir la cause de beaucoup d'accidens. Ces accidens sont pourtant moins à redouter lorsque la peau est entière; car le sang peut encore être résorbé, quel que soit son volume; mais lorsque celle-ci est contuse jusqu'à désorganisation, qu'elle est déchirée et entr'ouverte, qu'elle donne accès à l'air dans les vastes foyers qui contiennent ce liquide; lorsque l'air, la chaleur et l'humidité réunis dans ces foyers, parviennent à le décomposer et à déterminer une inflammation; lorsqu'une suppuration abondante et de mauvaise nature se forme, s'amasse et séjourne, quoi qu'on fasse, dans des sinuosités, dans des clapiers: alors l'épanchement de sang est un accident très-grave; il peut l'être encore, bien qu'il n'y ait pas d'ouverture à la peau, lorsque la fracture

n'est pas réduite; car le tiraillement et l'irritation des parties produits par les fragmens ne manquent presque jamais de provoquer une inflammation de même nature et plus dangereuse encore que la précédente. On sent d'après cela que l'épanchement du sang, loin d'être une contre-indication à la réduction de la fracture, est au contraire un des plus puissans motifs qu'on puisse alléguer en faveur de cette pratique. Au reste, le parti qu'on prend à l'égard de la fracture n'est pas le seul qui influe sur la suite des épanchemens de sang. Ces suites dépendent très-souvent de la manière dont ces épanchemens sont eux-mêmes traités; ils guérissent presque toujours heureusement, à moins que le sang épanché ne soit en trop grande quantité, et que les parties molles qui le contiennent n'aient été trop endommagées, lorsqu'on a la sagesse, après avoir opéré la réduction de la fracture, de se borner à l'emploi de résolutifs sédatifs, si la peau a de la tendance à s'enflammer, à celui des excitans si elle paraît frappée d'inertie; mais, si au lieu de cela on pratique des ouvertures pour donner issue au sang épanché, sous prétexte de hâter la guérison, ou que sa masse en rende la résorption impossible, on voit presque toujours succéder à ces ouvertures les inflammations et les suppurations de mauvaise nature qui surviennent dans les foyers mis en communication accidentelle avec l'extérieur par des déchirures ou des désorganisations accidentelles de la peau, et à ces inflammations et ces suppurations, la fièvre lente, les sueurs et le dévoiement colliquatifs qui entraînent tant de malades au tombeau.

« *Fracture avec solution de continuïté à la peau.* La déchirure de la peau est une suite malheureusement assez commune de la fracture du péroné; elle peut avoir lieu immédiatement et par l'effet des mêmes causes qui ont produit la fracture, ou ne survenir que quelque temps après. Dans le premier cas, elle est un effet du déplacement et de la saillie des fragmens des os à travers les chairs, et elle a exclusivement son siége en dedans, à la hauteur de la malléole interne; en dehors, à la hauteur des fragmens de la fracture du péroné, mais bien plus communément en dedans qu'en dehors. Ces ouvertures irrégulières, à bords déchirés, contus et désorganisés, tantôt embrassent l'os, le retiennent et le coîfent en quelque sorte; et tantôt libres, elles laissent couler un sang noirâtre et baveux, ou sortir des lambeaux et des filamens de chairs et de tendons à moitié désorganisés. Dans le second cas, l'ouverture de la peau est l'effet de la formation et de la chute d'escarres résultant de pressions ou d'efforts qui n'ont pas pu diviser la peau primitivement; ou bien elles sont la suite et la terminaison de quelque inflammation; ou bien enfin elles sont

le résultat plus lent d'un travail d'élimination par lequel la nature tend à chasser au dehors le sang, le pus et généralement toutes les parties devenues étrangères à l'organisation et à la vie. Ces ouvertures constituent un des accidens les plus graves des fractures en général, et de celles du péroné en particulier, soit qu'on les considère seulement comme une cause de l'inflammation qui se développe au centre aux dépens des parties abreuvées de sang, et plus ou moins altérées dans leur organisation et leurs propriétés vitales; soit qu'on les considère comme une preuve et une suite de désordres survenus à l'intérieur. C'est une chose qui ne saurait être trop rappelée, que cette influence d'une lésion si peu importante en apparence sur les signes des fractures. Elle est telle que, quelles que soient l'étendue et la gravité des désordres intérieurs, on ne doit jamais désespérer de leur guérison tant que la peau est intacte, tandis que les fractures, les moins graves d'ailleurs, peuvent devenir extrêmement dangereuses par le seul fait d'une ouverture à cette enveloppe. Toutes ne sont pourtant pas également dangereuses. Celles qui succèdent à la fracture, les déchirures à proprement parler, sont les plus graves de toutes, et il est rare que l'inflammation à laquelle elles donnent lieu en dedans, ne soit compliquée d'étranglement dans le principe, et de nombreuses fusées de pus par la suite. Celles qui succèdent à l'inflammation, à la formation d'escarres et d'abcès, paraissent moins graves. Autant il faut redouter de donner sans nécessité accès à l'air dans le foyer des épanchemens et des désordres intérieurs que les fractures ont occasionés, autant, lorsque cet accès n'a pu être évité, il faut s'empresser d'agrandir les voies de communication entre l'intérieur et l'extérieur. Ce principe n'est pas contradictoire avec celui qui précède, et il n'est contraire à la raison, ni à l'expérience. L'une et l'autre font voir que, lorsque par l'action de l'air ou d'une cause quelconque, l'inflammation s'est emparée de ces foyers de désorganisation, elle y donne constamment lieu au développement de pus, dont la matière retenue occasione des douleurs, des fusées, des dénudations, des nécroses, et une multitude d'autres accidens.

« *Fracture avec tuméfaction, tension, étranglement.* La tuméfaction, la tension et l'étranglement, qui suivent les fractures, ne sauraient être séparés. Ils peuvent tenir à deux causes différentes, qu'il faut distinguer dans la pratique. Ces symptômes tiennent, dans le principe, à la fluxion qui s'établit vers les parties fibreuses, nerveuses et autres, qui ont été distendues, tiraillées ou bien déchirées par les os et les déplacemens qu'ils ont subis. Ce n'est pas encore de l'inflammation, ils peuvent disparaître presque aussi rapidement qu'ils sont

survenus, et sans offrir, en se dissipant, non plus qu'ils ne l'avaient fait en se développant, l'ordre, les progrès, l'enchaînement et la durée, qui sont un des caractères de cette maladie. Plus tard, ils peuvent être accompagnés de chaleur, de rougeur et de fièvre locale et générale; et alors, mais alors seulement, ils ont un caractère inflammatoire. La tuméfaction et la tension de la première espèce surviennent très-peu de temps après la fracture. Elles sont d'autant plus considérables, que le déplacement et le désordre intérieur sont plus grands. Elles peuvent acquérir en peu d'heures un haut degré d'intensité, et faire courir presque aussitôt de grands dangers. Lorsqu'elles sont parvenues à ce point, la tuméfaction enveloppe les malléoles et les masque, ainsi que les autres parties osseuses voisines de l'articulation. La tension qui la suit est dure, rénitente et comme formée par le dégagement de fluides élastiques pressés sous la peau. Des phlyctènes remplies de sérosité rougeâtre ou brunâtre se développent çà et là; le membre devient livide, froid et insensible. Cependant ces symptômes peuvent encore se dissiper si la réduction est opérée sans retard; mais si elle ne l'est pas, on voit succéder à la tuméfaction et à la tension un symptôme plus grave qu'elles; c'est l'étranglement qui met toutes les parties extérieures dans un état de distension, et les parties intérieures dans un état de compression violente, et qui se termine promptement, dans les parties distendues comme dans les parties comprimées, par la gangrène, laquelle est tantôt bornée à quelques points, et tantôt étendue à tout le membre, suivant l'intensité de l'étranglement. Veut-on combattre efficacement ces accidens, il faut les attaquer dans leur cause, et, pour les faire cesser, il faut opérer la réduction des parties. On peut, il est vrai, à force de saignées, de sangsues, de calmans, prévenir la gangrène; mais on ne saurait alors empêcher l'inflammation, qui seule peut faire courir les plus graves dangers aux malades. Un des moyens les plus abusifs dans ces cas, c'est l'emploi des cataplasmes émolliens, qu'on croit propres à opérer la détente, et à amener la résolution de l'engorgement, et qui, au lieu de cela, favorise, par la chaleur et l'humidité, l'afflux des liquides, et détermine une augmentation dans la tuméfaction, en changeant un peu son caractère, il est vrai, mais sans lui ôter ses dangers.

Fracture avec inflammation, suppuration, etc. A l'espèce de fluxion que nous venons de décrire, succède fréquemment l'inflammation, un des plus graves accidens qui puissent compliquer les fractures en général, et celles du péroné en particulier. Sa gravité, dans ces dernières fractures, tient surtout à la nature et aux rapports des parties enflammées, qui, étant

toutes nerveuses, vasculaires ou fibreuses, et resserrées de tous côtés entre des aponévroses très-épaisses et très-résistantes, doivent toujours faire éprouver des douleurs très-vives, de la tension et de l'étranglement, symptômes qui ne cessent même pas avec l'inflammation, et qui sont entretenus et renouvelés par la suppuration, jusqu'à ce que celle-ci ait pu se faire jour au dehors. Un grand nombre de causes peuvent donner lieu à cette inflammation. Les principales sont les déplacemens du pied et des fragmens des os brisés, les désordres et l'irritation occasionés à l'intérieur par le déplacement des esquilles enfoncées dans les chairs. La douleur, la rougeur, la chaleur, la tuméfaction, la tension l'accompagnent là comme dans toutes les parties où la vie offre un certain développement; mais la tension, portée dans celle-ci plus loin qu'ailleurs, donne aux parties une rénitence élastique, que suit bientôt l'étranglement, accident redoutable par lequel les parties, comprimées ou distendues, peuvent également perdre la vie par excès de compression et par excès de distension. La douleur, la rougeur, la chaleur, la tuméfaction, la tension, la fièvre locale et générale sont portées au dernier degré; un sentiment de pulsation se développe dans la profondeur des parties : le danger est alors très-grand, et cet état ne saurait, à cause de sa violence, durer longtemps. Cède-t-il aux efforts de la nature, ou bien au secours de l'art, les symptômes décroissent et les parties reviennent par degrés à leur état ordinaire. Persiste-t-il, le membre, de rouge qu'il était, devient livide; la douleur s'émousse; elle est remplacée par un engourdissement profond qui lui-même fait bientôt place à l'insensibilité; des phlyctènes remplies de sérosité violacée se développent çà et là; le froid de la mort se fait sentir dans le membre auparavant brûlant, et les malades se félicitent, parce qu'ils sont moins souffrans; la gangrène s'est emparée du membre. La peau, ou bien avec elle le tissu celluleux, les tendons, les nerfs, les ligamens, et quelquefois le pied tout entier, vont tomber privés et séquestrés de l'inflammation générale. L'inflammation se termine-t-elle, ni par résolution, ni par gangrène, il se forme sous la peau, sous les aponévroses, autour des tendons et des os, des foyers de pus par lesquels, après quelques instans de calme, tous les accidens de l'étranglement sont renouvelés jusqu'à ce que l'art ou la nature ait donné issue aux matières qu'ils contiennent. Quelquefois, au lieu de se présenter avec cet appareil effrayant, l'inflammation se déguise sous l'apparence trompeuse d'un érysipèle phlegmoneux; la douleur, la chaleur, la rougeur, la tuméfaction et la tension ne se manifestent qu'avec une sorte de bénignité. Quelquefois même ce n'est qu'au bout de quelques jours que ces symp-

tômes se déclarent, et encore ce n'est souvent que de manière à caractériser une inflammation sans importance. Ainsi on ne découvre d'abord que de l'ardeur et une rougeur érysipélateuse, accompagnée de chaleur légère autour du pied, et de fièvre peu considérable; mais ces symptômes s'étendent bientôt, et ils acquièrent de l'intensite; le pied et la jambe se prennent; la douleur, la rougeur, la chaleur deviennent plus marquées; l'œdème qui cédait à la pression du doigt, est remplacé par un engorgement chaud et consistant. La fièvre est plus forte; la langue devient sèche; le dévoiement survient chez quelques individus, et après huit ou dix jours de cet état, on commence à sentir çà et là, sous la peau, une fluctuation obscure, une crépitation de fluides élastiques; bientôt des phlyctènes se manifestent; sous elles se forment des escarres, dont l'ouverture donne issue à un mélange de pus et de fluides élastiques, qu'on ramène chaque jour, par pression, vers les ouvertures que la nature ou l'art leur ont ménagées. Avec ces fluides sont ensuite entraînés des lambeaux de tissu cellulaire frappés de mort. La peau, décollée et privée de vaisseaux nourriciers qui lui venaient par ce tissu, tombe faute d'aliment; les aponévroses, mises à nu, ne peuvent se réunir à la peau, qu'elles ne soient couvertes de bourgeons, dont la production, plus lente chez elles, à cause de leur nature, entretient une suppuration séreuse et de mauvaise qualité; le dévoiement survient, la fièvre lente s'établit, les forces s'usent, et les malades, épuisés par la fièvre, par la suppuration et par le dévoiement, succombent plus ou moins rapidement, suivant leur âge, leur constitution et l'intensité du mal. L'ouverture du corps démontre toujours que cette inflammation externe a pour cause le désordre intérieur des parties; qu'il y a toujours une ou plusieurs communications établies de l'une à l'autre, et que le mal extérieur n'a été qu'une suite, une extension par continuité de parties du mal intérieur. *Voyez* PHLEGMONEUX.

« *Fracture avec douleur*, *spasmes*, *tétanos*, etc. La douleur dont nous venons de parler n'est ni la douleur vive, subite et passagère que les malades éprouvent à l'instant où la fracture a lieu, ni la douleur circonscrite et bornée au voisinage de cette dernière, et qu'excite le doigt promené le long de l'os; mais la douleur secondaire, permanente, qui est la suite du déplacement des os, de la piqûre, du déchirement et de la distension des parties; que l'inflammation, la tuméfaction, la tension et la compression accroissent; qui est accompagnée d'insomnie, de fièvre, d'agitation, de spasmes, de contractions involontaires et répétées, pendant lesquelles les os et leurs fragmens éprouvent chaque fois des déplacemens, et les parties molles de nouveaux désordres, et qui peut enfin être

portée jusqu'à la convulsion et au tétanos, lorsqu'elle n'est pas combattue dans sa cause : les calmans peuvent la modérer; les narcotiques, donnés à haute dose, peuvent même l'empêcher d'être sentie; mais comme ils laissent subsister sa cause et ses autres effets en faisant croire à une amélioration qui n'existe pas, ils inspirent une sécurité fatale. C'est ainsi qu'on a vu la gangrène se déclarer, sans être annoncée par des douleurs suffisantes, chez des malades dont la sensibilité avait été engourdie par des narcotiques donnés à trop fortes doses. Cet accident étant causé par le déplacement des parties, il ne saurait cesser avec lui; la meilleure manière de le combattre est donc de réduire la fracture, et l'on voit disparaître aussitôt, et comme par enchantement, la douleur, l'agitation, les spasmes, les convulsions, et, un peu plus tard, la tuméfaction, la tension et l'étranglement des parties molles. Il n'en est pas ainsi du tétanos : on peut, à la vérité, prévenir ce cruel accident par des précautions convenables; mais une fois déclaré, c'est en vain qu'on lui oppose les remèdes les plus énergiques. Les calmans sont sans vertu contre lui, et l'amputation qui enlève sa cause, ne fait pas ordinairement cesser ses effets.

« *Délire nerveux*. Il est une complication des fractures du péroné et des maladies chirurgicales en général, qui est trop commune et trop importante pour être passée sous silence. C'est un délire sans fièvre et quelquefois sans inflammation et sans plaie, qui ne saurait être regardé, exclusivement du moins, comme un délire traumatique, et qui se joint indifféremment et sans acception d'âge, de sexe, ni de tempérament, à des luxations ou à des fractures qui ont été ou non réduites, qui l'ont été ou bien ou mal; à des hernies, à des plaies, à des opérations de tout genre, et généralement à presque toutes les maladies chirurgicales, dans tout leur temps, dans leur période d'inflammation, de suppuration, de cicatrice, etc.; en un mot, à des maladies et à des suites d'opérations tellement différentes entre elles, qu'il semble impossible de lui assigner une cause unique. On ne saurait en effet l'attribuer exclusivement aux affections traumatiques, car nous l'avons vu sans elles; à l'inflammation, car il existe quelquefois dans des cas où il n'y en a pas; à quelque accident de cette dernière affection, car on le voit survenir lorsqu'elle suit la marche la plus régulière; à la formation, à l'abondance, au défaut ou à la suppression de la suppuration : car, dans la plupart des cas, toutes ces choses ont lieu avec une régularité parfaite, avant, pendant, comme après son cours. Ce délire survient plus communément chez les sujets nerveux que chez les autres; chez ceux dont la sensibilité a été fatiguée

par la crainte d'une opération, ou exaltée par de grandes démonstrations de courage; il est plus commun après les tentatives de suicide que dans toute autre maladie. Il débute quelquefois par des paroles ou des mouvemens incohérens, et une exaltation sans motifs; mais, dans le plus grand nombre des cas, il s'empare tout à coup des sujets les mieux disposés en apparence; dès-lors, nul ordre, nulle suite, nulle justesse dans leurs idées, dans leurs discours, non plus que dans leurs actions; confusion et transposition continuelle des noms et des idées d'une personne, d'un lieu ou d'une chose à d'autres. Nul repos, ni le jour, ni la nuit, et préoccupation constante d'une idée tantôt fixe, tantôt variable, et presque toujours relative à l'âge, à la profession, aux habitudes ou bien aux goûts et aux passions ordinaires des malades. Mouvemens continuels, quelquefois modérés, et le plus souvent violens; loquacité extrême, et, suivant le tempérament du malade et l'intensité du délire, menaces, vociférations effrayantes, rougeur intense de la face, saillie et vivacité extrême des yeux, sueurs abondantes sur les parties supérieures du corps; insensibilité complette et entier oubli de la maladie qui a été cause du délire, au point que des malades ayant les côtes cassées, chantent, vocifèrent et s'agitent sans donner le moindre signe de douleur; que d'autres, affectés de fractures graves, meuvent sans cesse le membre fracturé; que d'autres même, après avoir échappé à la surveillance ou aux liens dont on les entoure, courent dans les salles en s'appuyant sur ce membre, et souvent sur les bouts des os qui ont traversé les chairs, et sans avoir seulement l'air de songer qu'ils ont une fracture; que d'autres enfin, opérés de hernie, se font comme un jeu barbare de dévider leurs intestins, après avoir provoqué leur sortie du ventre par des mouvemens violens, etc. Au milieu de ce désordre, le pouls reste calme, ou n'offre d'autres altérations que celles qui résultent de la violence des mouvemens de la respiration et du corps. On n'observe ordinairement aucun indice de fièvre, et les évacuations alvines et autres ont lieu comme de coutume. Cet état peut durer deux, trois, quatre ou cinq jours, sans que les malades donnent le moindre signe d'appétit: il se termine presque toujours au bout de ce temps, le plus souvent par la guérison, quelquefois par la mort. Lorsqu'il se termine par la guérison, c'est presque toujours brusquement, ainsi qu'il a commencé, et sans aucune crise apparente: alors les malades s'endorment comme excédés de fatigue; et après huit, dix, douze, quinze, ou un plus grand nombre d'heures d'un sommeil paisible, ils se réveillent un peu faibles, mais raisonnables, complétement ignorans de ce qui leur est arrivé, sensibles à leurs maux et disposés à s'épar-

gner les moindres mouvemens qui pourraient leur être nuisibles; ils demandent des alimens et rentrent dans le libre exercice de leurs fonctions; dès-lors la maladie primitive continue sans trouble sa marche accoutumée. Ce délire ne se termine pas dans tous les cas sans retour; il est susceptible de reparaître une deuxième et une troisième fois, après un, deux ou trois jours de rémission, mais en s'affaiblissant à chaque récidive. Ce délire peut se terminer d'une manière fâcheuse, et nous avons vu plus d'une fois des malades perdre la vie au milieu du désordre qu'il avait excité dans les fonctions cérébrales. Sa gravité tient quelquefois aux maladies qu'il complique et dont il augmente les dangers ou les accidens. Ainsi, il est plus grave à la suite de la fracture des os des membres ou de la poitrine, et à la suite des larges blessures faites au cou, que dans les plaies simples qui n'intéressent que la peau ou des parties dont l'action n'est point essentielle à la vie. Cependant il peut être très-dangereux par lui-même, et indépendamment de l'affection à laquelle il se trouve lié: c'est ainsi que nous l'avons vu, il y a longtemps il est vrai, causer, au bout de quarante-huit heures, la mort d'un individu jeune et d'une constitution athlétique, qui n'avait qu'une simple écorchure à l'un des orteils, et cela malgré les saignées et les antispasmodiques les plus énergiques. A l'ouverture des corps, on ne trouve ordinairement, quelque attention qu'on apporte à cet examen, aucune lésion organique ou matérielle, tant du côté du cerveau, de ses prolongemens et de ses membranes, que d'aucun autre organe. Nous avons vu longtemps employer contre ce délire les calmans de toute espèce, la saignée jusqu'à défaillance, les révulsifs vers les pieds, etc., sans que la marche de la maladie ait paru changée, ou que ses dangers aient paru diminués; et nous pouvons dire, avec vérité, qu'il n'a cessé de faire des victimes dans notre hôpital, que dès l'instant où nous avons eu l'idée de faire administrer du laudanum liquide de Sydenham par le rectum. Huit ou dix gouttes de cette préparation, étendues dans une petite quantité de véhicule et injectées dans le rectum, une, deux, trois ou quatre fois, à cinq ou six heures de distance, suffisent lorsqu'elles sont gardées pour faire cesser le délire le plus furieux. Ce remède ne produit pas les mêmes effets par l'estomac, soit que cet organe n'ait pas la même susceptibilité que le rectum pour les préparations d'opium, soit, ce qui est plus vraisemblable, que, doué de la faculté de digérer, il altère les médicamens que l'intestin absorbe sans en modifier la nature.

Nécrose. « La nécrose à la suite des fractures en général et de celles du péroné en particulier, tient à plusieurs causes; la plus commune est l'exposition immédiate de l'os à l'air par

l'effet de la perforation et de la destruction des chairs; une seconde cause presque aussi commune que la précédente, c'est l'inflammation qui survient dans les parties molles situées autour des fragmens, dans l'épaisseur et à la face interne du périoste qui les revêt. L'inflammation et la suppuration peuvent produire la nécrose de deux manières, en rompant les liens celluleux, membraneux et autres qui unissent à la vie les esquilles qui accompagnent les fractures comminutives, ou bien en détruisant et en détachant dans une plus ou moins grande étendue le périoste qui les nourrit. De là deux sortes d'esquilles : les unes primitives dont les coupes nettes et semblables aux cassures d'une porcelaine brisée offrent la trace et la preuve de la violence qui les a produites; les autres secondaires, qui offrent constamment, dans l'érosion de quelques-unes de leur coupe au moins la preuve du travail organique qui les a lentement séparées de la vie générale. Cette distinction, plus apparente et plus importante encore dans les fractures par des coups de feu, explique pourquoi, parmi les esquilles qu'ils produisent, les unes séparées de l'os, tombent dès le principe de la blessure, tandis que les autres faisant corps avec lui ne tombent qu'après qu'un travail *éliminatoire*, toujours fort long, les a auparavant détachées du corps de l'os. Cette nécrose, au reste, attaque beaucoup plus rarement les extrémités des os longs que leur partie moyenne : les premières, moins denses, environnées et pénétrées d'un plus grand nombre de vaisseaux que l'autre, continuent à vivre dans les cas où la seconde est presque nécrosée. C'est la raison pour laquelle, malgré l'énormité des désordres qu'entraînent les fractures du péroné, on voit si peu de nécroses survenir après elles; les esquilles primitives enveloppées par les chairs continuent à vivre du sang qu'elles en reçoivent lorsqu'elles leur tiennent par quelques filamens, et forment bientôt avec elles une masse qui passe successivement de l'état fibreux et cartilagineux à l'état osseux, et qui, après avoir fait partie de cette production que nous avons depuis douze ans nommée *cal provisoire*, finit par se confondre avec la substance de l'os. Si la nécrose de l'os est rare dans les fractures du péroné, elle est au contraire très-commune dans les tendons de l'extrémité inférieure de la jambe, ce qu'il faut attribuer au nombre et à la position immédiate de ces tendons sur les os; elle est presque toujours le produit du soulèvement de ces tendons par le sommet aigu ou tranchant des fragmens de la fracture, ou bien le résultat d'inflammations et de suppurations qui les ont mis à nu. Elle a lieu ordinairement aux dépens des tendons du jambier antérieur et des péroniers latéraux. Cette nécrose ne se manifeste pas sur-le-champ, mais après un temps plus ou moins long, et

le soulèvement plus ou moins longtemps continué de ces tendons par le bec des fragmens de l'os fracturé. On voit alors se manifester de la douleur, de la rougeur, de la chaleur, de la tuméfaction, de la tension et une fluctuation obscure sur le trajet des tendons affectés; la peau s'user, s'amincir, s'entr'ouvrir; du pus échapper par cette ouverture; des filamens fibreux s'y engager, en sortir, se reproduire jusqu'à ce que tout ce qui a été détruit par la nécrose soit sorti. La cicatrice commence alors et ne tarde pas à se faire; mais ce qui reste des tendons nécrosés devenu plus faible et adhérent à la peau ne permet que des mouvemens bornés, difficiles et quelquefois douloureux; il n'y a de moyen de prévenir cette terminaison qu'en remédiant au déplacement des os, et en prévenant la formation ou du moins le séjour du pus autour des tendons.

Affections adynamiques. Une dernière et fréquente complication des maladies inflammatoires en général, et en particulier des fractures du péroné, lorsqu'elles sont suivies d'inflammation, c'est une affection adynamique qui, suivant qu'elle est vraie ou fausse, essentielle ou symptomatique, exige des soins et un traitement si différent que le salut des malades dépend presque toujours de la distinction qu'on en fait. Ces deux états ne diffèrent que par des nuances très-délicates et très-difficiles à saisir.

Traitement. « Il n'est peut-être aucune maladie chirurgicale dont le traitement présente plus d'incertitudes, plus de lacunes, et en général plus d'inefficacité que la fracture du péroné accompagnée de luxation du pied; et il n'en est aucune, si je ne me trompe, qui à cause de sa fréquence et de la gravité des accidens qui l'accompagnent, exige plus impérieusement que celle-ci un traitement fixe fondé sur des principes avoués par l'expérience. »

Voici les moyens qu'on a opposés jusqu'à ce jour à la fracture du péroné : Pott a indiqué la manière de réduire sans difficultés et sans efforts cette fracture et la luxation du pied que les péroniers latéraux produisent si souvent; mais il n'a indiqué aucun moyen de maintenir les parties réduites. Lecat, Bromfeild et d'autres ont conseillé dans cette dernière intention l'usage de compresses graduées et d'attelles placées dans l'espace interosseux et destinées à refouler les chairs et les os en dehors. Au lieu de ces compresses graduées, Desault a employé des compresses placées dans les sens où ces déplacemens tendent à se faire, des attelles latérales et des liens très-serrés. Enfin MM. Richerand et Castella ont modifié l'emploi des attelles latérales, en prolongeant audessous du pied celle qui est placée en dehors, et en retenant à la hauteur de la malléole interne celle qui est placée en dedans. M. Dupuytren rapporte

plusieurs faits qui prouvent que tous ces moyens sont impuissans pour maintenir les parties réduites et prévenir l'action des muscles péroniers latéraux.

Indications curatives. « Les fractures qui ont lieu à plus de trois pouces de l'extrémité inférieure du péroné n'étant suivies d'aucun déplacement, n'exigent que le repos, lequel suffit pour prévenir la douleur, le gonflement et autres accidens, et donner au cal le temps et les moyens de se faire. Les fractures qui sont situées à moins de trois pouces de l'extrémité inférieure de l'os, exigent le repos et l'immobilité d'une manière bien plus impérieuse que les précédentes, encore qu'elles ne soient pas actuellement suivies de déplacement, mais parce que le repos et l'immobilité sont nécessaires dans celles-ci comme dans les autres pour la formation du cal, et surtout pour prévenir les déplacemens auxquels les mouvemens peuvent donner lieu. Les fractures du péroné avec simple déplacement du pied, dans quelque sens que celui-ci ait lieu, exigent la réduction immédiate des parties déplacées, si l'on veut prévenir les accidens et les difformités qui résultent toujours du défaut de réduction; celles dans lesquelles le déplacement est accompagné de rupture aux ligamens, d'arrachement à la malléole interne, de fracture au tibia, d'épanchement de sang, de déchirures à la peau, etc., exigent la réduction plus impérieusement encore que celles qui ne sont accompagnées que d'un déplacement simple. Il ne s'est, je crois, élevé aucun doute sur la nécessité de cette réduction, lorsqu'on est appelé auprès des malades immédiatement après l'accident; mais il s'en est élevé sur la question de savoir s'il convient de réduire lorsque cet accident date de quelques jours, et lorsque déjà la tuméfaction, la tension, l'étranglement et l'inflammation sont survenus. Cette question, considérée d'une façon générale, est du plus haut intérêt; car de la manière dont elle est résolue dépendent souvent le salut ou la perte des malades, et, dans tous les cas, la bonne ou la mauvaise conformation des parties. Quelques personnes pensent qu'il faut attendre pour réduire, que la tuméfaction et l'inflammation soient tombées; et elles fondent leur opinion sur les accidens qui doivent résulter, suivant elles, de tractions exercées sur des parties tuméfiées et enflammées; mais s'il est vrai que la douleur, la tuméfaction, la tension, l'étranglement, l'inflammation et les autres accidens existans, dépendent du déplacement des parties, il ne saurait y avoir de plus sûr moyen de le faire cesser que d'opérer la réduction, à quelque époque de la maladie qu'on soit appelé. Les désordres occasionés dans le membre par l'effet de la puissance qui a produit la fracture, et par celui des déplacemens qui l'ont suivie, doivent, dit-on, faire redouter les

efforts de réduction; mais quels sont ces désordres? La piqûre, le tiraillement, la déchirure des parties, etc. : et qui ne voit que, causés par le déplacement, ils sont encore aggravés par lui; qu'ils doivent devenir d'autant plus fâcheux que leur cause persiste plus longtemps, et que le moyen le plus sûr et le plus prompt de les faire cesser est, ainsi que nous l'avons déjà dit, de réduire les parties à toutes les époques de la maladie? La temporisation a dans ce cas deux sortes d'inconvéniens : le premier, de laisser les malades exposés à des douleurs atroces, à des contractions, à des spasmes violens et au tétanos d'une part; à des tuméfactions, des tensions, des étranglemens, à des inflammations énormes de l'autre part; enfin à la gangrène ou à des suppurations excessives, et dans presque tous les cas à la mort. Les faits à l'appui de cette assertion seraient faciles à trouver; mais en supposant, ce qui est vrai, que quelques malades échappent à ces accidens, ils ne sont pas quittes pour cela des suites de la méthode employée. Ils ont échappé à la mort, j'en conviens; mais ils n'échappent presque jamais aux difformités qui sont la suite d'un défaut de réduction faite à temps. En effet la fracture du péroné qui n'a pas été réduite avant la fin des accidens inflammatoires est presque toujours irréductible, du moins par les moyens ordinaires.

De la réduction. « Les bouts des os fracturés n'ont par eux-mêmes aucune tendance à se déplacer. S'il survient des déplacemens à la suite des fractures, ils ne peuvent être produits que par la puissance qui a causé la solution de continuité, ou bien par l'action des muscles voisins des os fracturés. La première cause n'a qu'un moment de durée, et elle cesse ordinairement dès qu'elle a produit son effet. La seconde cause agit aussi longtemps que les muscles : c'est à celle-ci qu'il faut rapporter les obstacles que les fractures et les luxatious font éprouver dans leur traitement, et qui ont tant exercé le génie des chirurgiens depuis Hippocrate jusqu'à nos jours. C'est cet obstacle qu'il faut lever toutes les fois qu'on veut obtenir une réduction facile des fractures et des luxations. Pott a la gloire d'avoir établi le premier ce principe pour les fractures. Cent exemples devenus vulgaires pour les nombreux élèves qui ont fréquenté l'Hôtel-Dieu depuis quinze ans, ont prouvé qu'il n'est pas moins utile dans le traitement des luxations. En suivant ce principe, nous avons fait disparaître de notre hôpital l'appareil effrayant de la réduction des déplacemens par la force et prouvé qu'ils cèdent presque constamment à de douces tractions, pourvu que les muscles aient été mis dans un état de relâchement. La première chose à faire pour la réduction des fractures, ainsi que pour celle des luxations, est donc

d'obtenir le relâchement des muscles, ce que la position produit toujours. A ce premier moyen, il faut joindre l'attention de prévenir le retour des contractions que la douleur, et bien plus encore la crainte de la douleur tendent sans cesse à produire; et pour cela il suffit de détourner fortement l'attention des malades de ce qui se passe sous leurs yeux, en la portant par des questions pressantes, par de vives interpellations et souvent par des reproches piquans, sur d'autres objets. » Ce nouveau moyen qui facilite singulièrement la réduction des fractures et des luxations, est employé avec le plus grand succès, depuis douze ans, par M. Dupuytren à l'Hôtel-Dieu, et ce n'est pas sans étonnement que nous avons vu, il y a quelques années, un chirurgien distingué de la capitale, annoncer dans un journal ce moyen comme nouveau, sans en citer l'inventeur qu'il connaît cependant parfaitement. Cette remarque nous paraît importante, dans un temps où la plupart des auteurs ne se font aucun scrupule de s'approprier les idées et les découvertes des autres.

« Les principes généraux que nous venons d'exposer s'appliquent parfaitement à la réduction des fractures du péroné accompagnées de déplacement du pied. Il n'est pas, en effet, de réduction qui s'opère plus aisément que celle-là, lorsqu'on a trouvé le moyen d'éviter la résistance qui vient des muscles. Or, il suffit dans cette fracture, comme dans la plupart de celles de la jambe, de fléchir ce membre sur la cuisse, et d'appeler ailleurs l'attention des malades. Les muscles perdent aussitôt leur tension, les résistances tombent comme par enchantement, et les parties reprennent presque sans effort comme d'elles-mêmes leur situation et leurs rapports naturels. Toutefois, la réduction ne doit pas se borner, dans les fractures dont il s'agit, au rétablissement apparent des rapports naturels des parties. Quelque exacte que paraisse la réduction opérée par ces moyens, elle est toujours incomplette, et elle laisse les fragmens de la fracture du péroné enfoncés du côté du tibia. Ce retour apparent ne résulte que de l'allongement des ligamens latéraux externes de l'articulation, et non pas de la coaptation des fragmens. Tant que cet état de choses subsiste, le pied a une continuelle tendance à céder à l'action des péroniers latéraux, et à se porter en dehors. Cette circonstance généralement ignorée explique pourquoi, malgré les efforts de réduction les plus méthodiques et l'application la plus exacte de l'appareil des fractures de la jambe, le pied se dévie si souvent en dehors pendant le traitement et après la levée de l'appareil, et principalement lorsque les malades voulant s'essayer à marcher, commencent à prendre un appui sur le membre qui a été fracturé. Le relâchement des muscles et l'extension du pied

exercée dans la direction de l'axe de la jambe, ne suffisent donc pas pour opérer une réduction pleine et entière de la fracture du péroné; il faut en outre un moyen qui relève ses fragmens, qui les écarte du tibia et les mette en quelque sorte bout à bout, vis-à vis l'un de l'autre. Il est impossible d'agir sur le fragment supérieur qui n'est jamais enfoncé, et qui est au contraire presque toujours saillant. On ne peut avoir prise que sur l'inférieur, et encore on ne le peut que par l'intermédiaire du pied. C'est donc dans l'action du pied sur la malléole externe qu'il faut chercher les moyens de rendre complette la réduction de la fracture du péroné. Dans l'état d'intégrité de l'articulation, les malléoles n'obéissent à aucun des mouvemens du pied; elles servent au contraire à les borner sur les côtés. Mais aussitôt qu'elles ont été brisées, on les voit céder aux mouvemens du pied, qu'elles suivent avec une exactitude telle, que celui-ci étant fortement porté en dedans ou bien en dehors, la malléole correspondante au sens vers lequel il se porte est refoulée en haut et du même côté que lui. Telle est la cause du déplacement du fragment inférieur du péroné dans les fractures de cet os accompagnées de déviation du pied en dehors. Par suite de cette liaison, toutes les fois que le pied est fortement porté d'un côté, et qu'une des malléoles est refoulée en haut, celle du côté opposé est tirée en bas dans la même proportion, en supposant que ses ligamens soient restés intacts, ce qui arrive constamment. On conçoit dès-lors qu'il existe un moyen de relever le fragment inférieur du péroné, et que ce moyen consiste à exercer sur lui une traction oblique, en portant fortement le pied dans l'adduction : les ligamens latéraux externes ne pouvant s'étendre jusqu'à un certain point, doivent exercer sur le fragment inférieur du péroné une traction d'autant plus efficace que le bord interne du pied sera plus fortement porté en dedans. C'est en effet ce qui arrive toutes les fois qu'on fait exécuter au pied le mouvement dont nous parlons. Ce n'est pas le seul avantage qu'ait cette traction ni le seul moyen qu'elle fournisse de relever, pour me servir de l'expression de Pouteau, les fragmens de la fracture du péroné enfoncés du côté du tibia. On ne peut en effet porter fortement le pied dans l'adduction sans que l'extrémité inférieure du tibia ne s'enfonce et ne se cache en quelque sorte dans la profondeur de l'articulation, et que l'astragale ne soit repoussé de dedans en dehors : d'où il résulte que le fragment inférieur du péroné, tiré en bas par les ligamens latéraux externes, repoussé par l'extrémité inférieure du tibia, et appuyé sur le bord de l'astragale, est forcé par le concours de ces puissances agissant à chacune de ses extrémités, d'exécuter sur l'astragale un mouvement de bascule en sens contraire de celui qui l'a dé-

placé, et de se remettre en position sous le fragment supérieur de la fracture.

Des moyens de maintenir les parties réduites. « Ces moyens sont une conséquence ou une application des principes exposés plus haut. Il est évident que les fragmens d'un os fracturé n'ont par eux-mêmes, après comme avant leur réduction, aucune tendance à se déplacer; que leur déplacement ne saurait être produit que par l'action de corps étrangers ou par celle des muscles; qu'il faut, par conséquent, éloigner l'action des uns, et prévenir celle des autres; qu'on peut bien remplir la première indication avec un appareil quelconque qui mette les parties à couvert de l'injure des corps extérieurs, mais qu'on ne saurait remplir la dernière qu'en mettant les muscles dans l'impossibilité de se contracter; qu'un appareil, quelque énergique qu'on le suppose, doit être insuffisant ou sujet à de graves inconvéniens toutes les fois qu'il lui faut lutter contre l'action des muscles. Tel est l'appareil à extension continuelle imaginé par Desault contre la fracture du col du fémur; telle est la foule des appareils établis sur les mêmes principes, et destinés à le suppléer. Il est donc évident que la position qui rend si facile la réduction des fractures, est aussi le premier moyen qu'il faut employer pour les maintenir réduites. Cette influence de la position qui prévient l'action des muscles en les mettant dans le relâchement, n'est aussi impérieusement requise dans aucune fracture que dans celle du péroné. Cent fois nous avons vu l'extension de la jambe provenant de l'impatience des malades ou de l'inattention des aides, reproduire les déplacemens auxquels on venait de remédier un instant auparavant. Il faut donc établir en principe, dans ce cas comme dans tous ceux où les muscles tendent à opérer un déplacement, que le moyen le plus propre à le prévenir consiste à mettre ces muscles hors d'état d'agir; c'est ce que nous faisons, à l'imitation de Pott, dans le traitement des fractures ordinaires des membres; c'est même ce que nous pratiquons avec succès et depuis longtemps contre les fractures du col du fémur, lesquelles s'étaient jusqu'alors montrées rebelles à l'application de ce principe, et qu'on n'avait encore traité que par des appareils à extension, dont l'inefficacité, les inconvéniens et les dangers ne sont, je crois, contestés par aucune personne de bonne foi : cependant on sent combien il serait imprudent d'abandonner à lui-même un membre fracturé, même après l'avoir mis dans la meilleure position. Il faut qu'un appareil contentif maintienne les os en contact jusqu'à ce que le cal soit formé et devenu solide. »

Des moyens de maintenir réduite la luxation en dedans. « La fracture du péroné, qui est accompagnée de luxation de l'astragale en dedans, exige, dans tous les cas, un appareil

qui tienne le pied porté en dedans, le tibia repoussé en dehors, le fragment inférieur du péroné relevé, écarté du tibia et dans la direction du fragment supérieur de l'os. Si, à l'avantage de remplir les indications ci-dessus, cet appareil peut joindre celui d'être assez simple dans son mécanisme, pour qu'il puisse être saisi par les moins intelligens, d'être fait de matières tellement communes, qu'on puisse les trouver en tout lieu; d'être assez facile à appliquer pour qu'il n'offre aucune difficulté, même aux moins exercés : cet appareil devra réunir toutes les conditions qui assurent un succès durable aux instrumens de la chirurgie : l'efficacité unie à la simplicité. Tel est, si je ne me trompe, celui que nous employons depuis l'an 1806, contre les fractures du péroné. »

Description du bandage. « Un coussin, une attelle et deux bandes le composent tout entier : le coussin, fait de toile, et plein aux deux tiers de balles d'avoine, doit avoir deux pieds et demi de longueur sur quatre ou cinq pouces de largeur, et trois ou quatre d'épaisseur. Celui qui sert de remplissage pour le côté interne du membre, dans le pansement des fractures de la cuisse, peut aussi servir au pansement de la fracture du péroné, et c'est lui que nous employons ordinairement. L'attelle, longue de dix-huit à vingt pouces, large de deux pouces et demi, et épaisse de trois à quatre lignes, doit être faite de bois consistant et peu flexible; l'une de celles qu'on emploie dans l'appareil des fractures de la jambe, peut servir à cet usage; enfin, les deux bandes, faites de toile à demi usée, doivent avoir quatre à cinq aunes de longueur. Le coussin, reployé sur lui-même en forme de coin, doit être appliqué sur le côté interne du membre fracturé, et être étendu sur le tibia, sa base dirigée en bas, et appuyée sur la malléole interne sans la dépasser; son sommet en haut et sur le condyle interne du tibia : de la sorte, il donne un abri à la jambe contre l'attelle; il fournit à celle-ci un appui qui la tient à quelques pouces de distance du bord interne du pied; enfin il sert à repousser le tibia en dehors. L'attelle, appliquée sur la longueur de ce coussin, doit le dépasser inférieurement de cinq ou six pouces, et se prolonger à trois ou quatre pouces audessous du bord interne du pied : que ces deux pièces d'appareil ainsi disposées soient fixées avec l'une des bandes autour de la jambe, audessous du genou, il est facile de voir que l'attelle, prolongée comme une espèce de flèche audessous du coussin, laissant entre elle et le pied un intervalle de plusieurs pouces, va fournir un point d'appui pour ramener le pied de dehors en dedans : il suffira pour cet effet que la deuxième bande, après avoir été fixée autour de l'extrémité inférieure de l'attelle, soit partie de ce point vers le coude-pied et vers le talon alter-

nativement, en embrassant l'attelle et chacune des parties indiquées dans des cercles qui viennent, en se rétrécissant à volonté, s'appuyer et se croiser en 8 de chiffre sur l'attelle; dès-lors celle-ci se trouve transformée en un lévier du premier genre, dans lequel le point d'appui est à la base du coussin un peu audessus de la malléole interne, et dans lequel la puissance ainsi que la résistance sont aux extrémités. On sent qu'ainsi attiré, le pied doit céder à l'action de la bande inférieure, aidée de l'élasticité de l'attelle, qui tendent toutes deux à le ramener en dedans, et qu'à mesure que le pied cède à cette double puissance, le tibia, pressé par la base du coin que représente le coussin, et sur laquelle tout l'appareil prend un appui, doit être repoussé en dehors, ainsi que l'astragale; enfin, on sent que le fragment inférieur du péroné, chassé supérieurement par le tibia, attiré inférieurement par les ligamens latéraux externes de l'articulation du pied, doit exécuter sur le bord externe de l'astragale un mouvement de bascule contraire à celui qui l'a déplacé, et par lequel il est ramené à sa situation naturelle. Il ne faut pas se borner, si l'on veut obtenir une réduction, à ramener le pied sous la jambe; il faut que, continuant les efforts de réduction, l'appareil contentif porte le pied autant en dedans qu'il a été en dehors par l'action des péroniers latéraux : c'est là le principe; son exécution ne rencontre aucune difficulté, et n'est sujette à aucun inconvénient, non pas même à causer de la douleur; il peut en résulter tout au plus que le pied, après avoir été retenu pendant toute la durée du traitement dans une adduction forcée, ne revienne pas à sa position ordinaire, immédiatement après que l'appareil aura été levé; inconvénient si faible qu'il ne mériterait pas d'être indiqué, s'il n'existait d'ailleurs un moyen de le faire disparaître en quelques heures. »

Des moyens de maintenir réduite la luxation en arrière. « L'appareil précédent convient dans tous les cas de fracture du péroné avec luxation du pied en dedans, et encore dans ceux de luxation simple du pied en dehors, ou bien en dehors et en haut. Il suffit, pour le rendre applicable à ces dernières luxations, de placer en dehors, c'est-à-dire le long du péroné, l'appareil qu'on applique ordinairement en dedans ou le long du tibia. Cette différence, dans la position de l'appareil, est commandée par la nécessité de l'appliquer sur le côté de la jambe vers lequel on veut ramener le pied. Cette application se fait d'ailleurs, suivant les mêmes règles, dans les deux circonstances. Il n'en est pas de même de la luxation du pied en arrière : celle-ci offre beaucoup plus de difficultés, soit qu'il s'agisse de réduire les parties, soit qu'il s'agisse de les maintenir réduites. Nous avons déjà dit que cette luxation ne peut avoir lieu sans que le péroné n'ait été auparavant fracturé, et

que la malléole interne n'ait été brisée à sa base, ou bien arrachée à son sommet, d'où il résulte que le pied étant sollicité à la fois par ses extenseurs et ses fléchisseurs, et n'étant plus retenu par les malléoles et par leurs ligamens, cède à l'action des jumeaux et du soléaire, et que l'astragale se porte derrière le tibia, tandis que celui-ci se porte en avant sous les tendons et la peau du coude-pied. La réduction offre ici bien plus de difficultés que dans les déplacemens du pied en dedans. Cette difficulté tient à la résistance que les muscles opposent à l'allongement des parties, et au rétablissement de leurs rapports naturels. On diminue, il est vrai, cette résistance dans ce cas comme dans toutes les fractures, en mettant les muscles dans le relâchement, et en détournant l'attention des malades; mais au lieu que ces moyens suffisent dans les fractures du péroné avec luxation du pied en dedans pour ramener sans effort les parties à leur état ordinaire, il faut, dans les déplacemens dont il s'agit, user d'un effort assez grand pour ramener le pied d'arrière en avant, et pour remettre l'astragale sous le tibia. Ce n'est pas encore la plus grande difficulté; elle consiste à maintenir les parties réduites pendant le temps nécessaire à la consolidation des os et des ligamens brisés ou bien déchirés. En effet, la face supérieure de l'astragale, convexe d'arrière en avant, est tellement glissante, que le tibia a la plus grande peine à rester d'aplomb sur la poulie de cet os, et qu'il tend constamment à se porter en avant, tandis que l'astragale lui-même, sans cesse attiré par les muscles extenseurs du pied, dont l'action l'emporte de beaucoup sur celle des fléchisseurs, a une continuelle tendance à se porter derrière l'extrémité inférieure du tibia. C'est à cette double tendance qu'il faut opposer des résistances efficaces, si l'on veut guérir sans difformité cette variété assez commune de la fracture du péroné. Après avoir assez longtemps cherché ce moyen sans le trouver, je crois avoir enfin rencontré l'appareil propre à satisfaire aux conditions de cette fracture. Ce moyen consiste, indépendamment de la situation demi fléchie, qui est le principal et la base de tout traitement méthodique des fractures, dans un appareil qui presse et qui pousse le pied d'arrière en avant, et le tibia d'avant en arrière. Les mêmes pièces composent cet appareil et celui des fractures du péroné avec luxation du pied en dedans. On n'a besoin d'y ajouter qu'un petit coussin de quelques pouces en carré, rempli de crin ou de balle d'avoine. Le grand coussin ployé en coin, et posé sur la partie postérieure de la jambe, doit être étendu du talon au creux du jarret, sa base en bas et son sommet en haut; sur ce coussin, doit être appliqué l'attelle qu'on doit fixer à la partie supérieure de la jambe à l'aide d'une première bande; une seconde bande doit embrasser l'extrémité

inférieure de l'attelle et de la jambe : c'est la partie vraiment agissante de cet appareil. Les tours de cette bande, en s'appuyant sur l'attelle et sur le tibia, portent, par un même effort, le talon en avant et le tibia en arrière, et telle est l'énergie de de ce moyen qu'on n'a, pour ainsi dire, qu'à redouter son trop d'efficacité. En effet, nous l'avons vu quelquefois fatiguer le talon et la partie inférieure de la jambe. Cet inconvénient, au reste, ne peut résulter que d'une exagération de forces, qui est ordinairement sans nécessité. On peut le prévenir dans tous les cas, en couvrant le tibia avec le coussin carré, qui le garantit efficacement de la compression immédiate des tours de bande.

Les fractures du péroné compliquées tout à la fois de luxation du pied en dedans et en arrière, guérissent presque toujours par le traitement de celui des deux déplacemens qui prédomine ; dans le cas contraire il est facile de combiner les deux appareils que nous avons décrits, de manière à remplir la double indication que présente la maladie compliquée dont il s'agit, c'est à-dire de porter le pied en avant et en dedans.

« Les moyens qui viennent d'être exposés forment la base et la partie principale du traitement de toutes les fractures de l'extrémité inférieure du péroné ; car comme le déplacement qui les accompagne dans le plus grand nombre des cas est la cause première des accidens auxquels elles donnent lieu, ces accidens doivent cesser avec le déplacement des parties, et par une suite nécessaire, les complications doivent perdre une grande partie de leurs dangers ; dès-lors cette maladie reprend la marche ordinaire à toutes les fractures.

Parallèle entre les méthodes anciennes et la nouvelle. On dira peut-être que les appareils ordinaires des fractures de jambe, peuvent guérir la fracture du péroné aussi bien que l'appareil que nous proposons. « A cette objection, plusieurs réponses péremptoires peuvent être faites : la première, que les appareils ordinaires des fractures de jambe, simples ou bien modifiés, ne préviennent ni les accidens ni les difformités qui accompagnent et qui suivent presque toujours la fracture du péroné, pour peu qu'elle soit compliquée ; la seconde, que les appareils ordinaires n'ont jamais pu soutenir les bons effets produits par l'appareil spécial, lorsqu'ils lui ont été substitués, et qu'au contraire l'appareil spécial a constamment corrigé les mauvais effets que les autres n'avaient pu empêcher.

« Sous quelque rapport qu'on veuille comparer les méthodes anciennes et la nouvelle, il est évident que les premières sont inférieures à la seconde ; car elles ne sauraient empêcher ni les difformités, ni les accidens de la fracture du péroné, ou

maintenir seulement les parties que celle-ci réduit et maintient ordinairement si bien; que la méthode nouvelle est supérieure aux autres, parce qu'elle prévient presque constamment les accidens et toujours les difformités de la fracture du péroné; et qu'enfin dans tous les cas où cette méthode a précédé ou bien suivi les premières, elle a constamment produit des effets que celles-ci n'ont pu soutenir, ou qu'elles n'avaient pu amener.

« Là finit, faute de comparaison, le parallèle entre les méthodes de traitement employées contre les fractures de l'extrémité inférieure du péroné. En effet, l'art ne possédait, que je sache, aucun moyen de s'opposer aux déplacemens du pied en arrière, lesquels pourtant accompagnent assez souvent ces fractures. »

Effets et résultats généraux de la méthode nouvelle. « Les faits ne manqueront pas pour apprécier en elle-même et indépendamment de tout parallèle, la méthode que nous venons d'exposer : deux cent sept individus traités suivant cette méthode, tant à l'Hôtel-Dieu qu'en ville, par nous ou par des médecins qui l'ont adoptée, fourniront la base du jugement que nous allons en porter. Son premier et son plus important effet, celui duquel tous les autres ne sout en quelque sorte que la conséquence, c'est le retour du pied à ses rapports naturels avec la jambe. De ce premier effet il en résulte un second qui n'est guère moins important : c'est une réduction tellement exacte des fragmens de la fracture du péroné, que malgré l'étendue du déplacement des parties, on ne saurait, dans presque aucun cas, lorsque le traitement est terminé, trouver la plus légère trace de la maladie ou des difformités qu'elle avait produites. Un troisième effet de la méthode de traitement que nous cherchons à apprécier, c'est la cessation presque subite des douleurs déchirantes que le déplacement fait éprouver. On conçoit que ces douleurs tenant au tiraillement et à l'irritation des parties molles, nerveuses, tendineuses ou autres situées autour des fragmens des os fracturés, elles doivent cesser par l'effet de la réduction qui détruit leur cause. Tel est même le calme qui succède à ces douleurs, que l'on a vu une jeune femme en proie à des tourmens inexprimables avant la réduction de la fracture du péroné, oublier sa maladie au point de devenir enceinte trois jours après l'application de l'appareil. Un quatrième effet qui se lie aux précédens, c'est la diminution très rapide de la tuméfaction, de la tension et de l'étranglement survenus autour de l'articulation du pied : ces accidens tenant au déplacement des parties, doivent cesser avec lui, et la maladie doit être dès-lors ramenée à l'état de simplicité.

« En dernière analyse, de deux cent sept malades traités suivant la méthode exposée dans ce mémoire, deux cent deux ont été guéris, cinq seulement ont succombé, trois à des accidens dépendant de la maladie elle-même, deux à des complications indépendantes de cette maladie, et que nous ne séparerons cependant pas des trois autres; ce qui donne un peu moins d'un malade mort sur quarante-un guéris, proportion qui serait trouvée avantageuse dans le traitement des fractures les plus ordinaires, et qui devra paraître bien plus avantageuse encore, si l'on se rappelle les pronostics fâcheux que presque tous les auteurs ont portés de la fracture de l'extrémité inférieure du péroné.

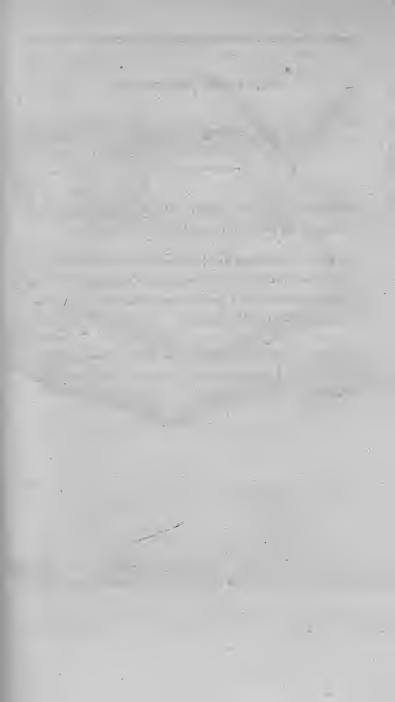
« Aucune amputation n'a été faite primitivement ou consécutivement. »

Avant de terminer, nous croyons devoir prévenir le lecteur que M. Dupuytren n'a rien avancé dans son Mémoire qu'il ne l'ait prouvé par des observations exactes et détaillées dont l'authenticité est garantie par les noms des élèves qui les ont recueillies à l'Hôtel-Dieu. La forme de cet ouvrage ne nous a pas permis de les insérer ici; nous avons été également obligés de supprimer des réflexions très-judicieuses sur les os, les ligamens et les muscles de l'articulation du pied, et sur la manière dont le poids du corps peut être transmis à cette articulation.

Il est à désirer que les chirurgiens des hôpitaux publient des monographies semblables sur chaque maladie des os; c'est le moyen de perfectionner cette partie de la chirurgie, qui est la moins avancée de toutes, et qui exige le plus de nouvelles recherches.

Luxations du péroné. Quand on considère la manière dont les extrémités du péroné s'articulent avec le tibia, et les forts ligamens qui servent à unir ces deux os, on est porté à penser que les luxations doivent être très-difficiles, pour ne pas dire impossibles.

L'articulation supérieure du péroné avec le tibia est susceptible de légers mouvemens de glissement de devant en arrière, et de derrière en devant. La luxation peut arriver dans ces deux sens, s'il existe un relâchement des ligamens; sans cette disposition primitive, tout effort exercé sur le péroné est moins capable d'en effectuer la luxation que d'en causer la fracture. Il en est de même de l'articulation de l'extrémité inférieure du péroné; cependant on conçoit qu'une violente abduction du pied qui est renversé en dehors avec force, peut déchirer les liens très-forts qui maintiennent l'articulation péronéo-tibiale inférieure; mais cette disjonction doit être infiniment rare.



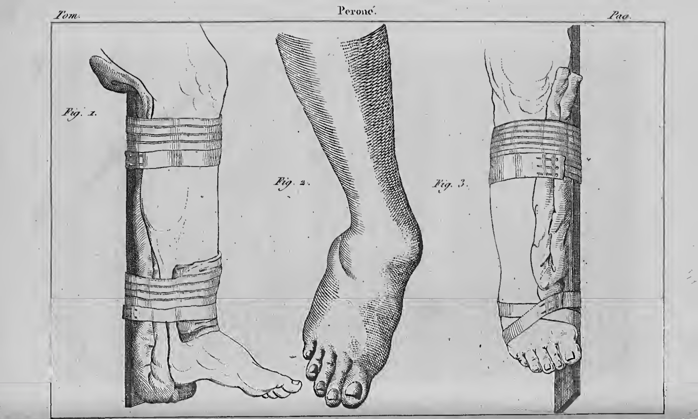
PÉRONÉ (fracture du).

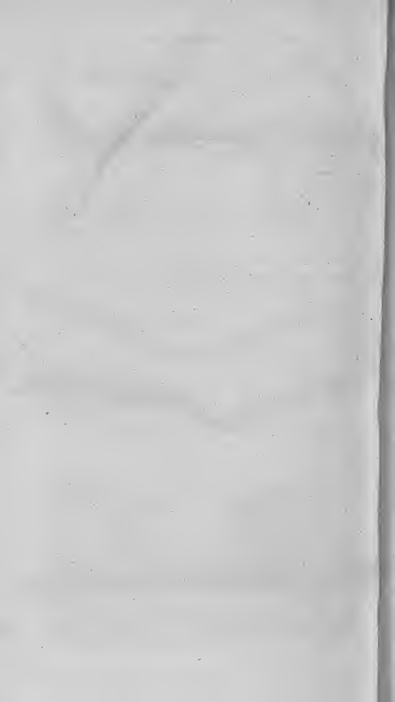
EXPLICATION DE LA PLANCHE.

La figure 1 représente l'appareil de M. Dupuytren, pour la fracture du péroné avec luxation du pied *en arrière*.

La figure 2 représente une jambe affectée de fracture du péroné avec luxation du pied *en dedans*. Cette gravure est faite d'après une de celles que l'on trouve dans le Traité de chirurgie de Pott (*édit. anglaise*).

La figure 3 représente l'appareil de M. le professeur Dupuytren, pour la fracture du péroné avec luxation du pied *en dedans*.


Fig. 1.
Fig. 2.
Fig. 3.



De la carie et de la nécrose du péroné. Cet os peut être frappé de carie et de nécrose comme tous les autres os. Lorsque sa partie inférieure est cariée, on peut en faire la résection. Les séquestres du péroné ne sont pas très-rares, nous avons eu occasion d'en voir plusieurs à l'Hôtel-Dieu de Paris. Nous avons examiné, il y a quelques jours, un homme âgé d'environ trente-cinq ans, auquel M. Dupuytren a enlevé en 1815 un séquestre du péroné long d'environ quatre pouces : la cicatrice est très-enfoncée, il n'est point resté de plaie fistuleuse, la jambe est seulement en cet endroit plus volumineuse ; du reste cet homme vaque à ses affaires et fait d'assez longues marches sans éprouver des douleurs dans la jambe qui a été opérée.

L'altération particulière connue sous le nom de *spina ventosa* affecte assez fréquemment les extrémités du péroné ; dans ce cas il faut retrancher toute la portion malade. On a présenté dernièrement à la société de la faculté de médecine de Paris une jeune demoiselle, à laquelle M. Béclard a enlevé le tiers supérieur du péroné affecté de spinosa ventosa. La malade était bien guérie. *Voyez* RÉSECTION, SPINA VENTOSA.

(PATISSIER)

PÉRONÉO-SOUS-PHALANGETTIEN DU PREMIER ORTEIL, *peroneo-infrà-phalangettianus primi digiti pedis.* On donne ce nom au muscle long fléchisseur du gros orteil, parce qu'il s'étend du péroné à la première phalange du premier orteil. Ce muscle a été déjà décrit dans le tome XXIX, page 8. (M. P.)

PÉRONÉO-SOUS-TARSIEN, *peroneo-infrà-tarsianus* : nom du muscle long péronier, ainsi appelé parce qu'il s'étend de la partie supérieure et externe du péroné jusqu'audessous du tarse, où il se porte dans la gouttière creusée au devant de l'éminence oblique de la face interne du cuboïde. *Voyez* PÉRONIER. (M. P.)

PÉRONÉO-SUS-MÉTATARSIEN (grand), *major peroneo-suprà-metatarsianus*, nom du muscle moyen péronier, ainsi appelé parce qu'il s'étend des deux tiers inférieurs du péroné jusqu'à la partie supérieure et postérieure du tubercule qui se voit à l'extrémité postérieure du cinquième os du métatarse. *Voyez* PÉRONIER. (M. P.)

PÉRONÉO-SUS-MÉTATARSIEN (petit), *minor peroneo-suprà-metatarsianus*, nom du muscle court péronier, ainsi appelé parce qu'il s'étend de la moitié inférieure à peu près de la face antérieure du péroné, à la partie postérieure du cinquième os du métatarse. *Voyez* PÉRONIER. (M. P.)

PÉRONÉO-SUS-PHALANGETTIEN DU PREMIER ORTEIL, *peroneo-suprà-phalangettianus maximi digiti pedis.* On donne ce nom au muscle extenseur du gros orteil, qui a été appelé par Sœmmerring *musculus extensor proprius hallucis.* Ce muscle, large

et aplati transversalement en haut, grêle et tendineux en bas, est situé dans la région jambière antérieure; il naît par de courtes aponévroses de la face interne du péroné, dans l'étendue de cinq à six pouces et de la portion voisine du ligament interosseux. De là les fibres charnues descendent parallèlement en avant, en formant un faisceau plus large à sa partie moyenne qu'à ses extrémités; elles ont toutes à peu près deux pouces de longueur et se terminent successivement sur un tendon qui s'en isole vers le coude-pied, passe dans une coulisse particulière sous le ligament annulaire du tarse, longe le bord interne du pied, passe sur la première phalange, à laquelle il tient par deux expansions aponévrotiques, et vient enfin s'implanter à la dernière en s'élargissant. Au moment de son passage sous le ligament annulaire, ce tendon est environné de la capsule synoviale de l'articulation.

L'extenseur du gros orteil se trouve entre le jambier antérieur, dont le séparent cependant les vaisseaux et nerfs antérieurs de la jambe et le grand extenseur qui le cachent, subjacent à l'aponévrose tibiale, au ligament annulaire, et plus bas aux tégumens; son tendon recouvre le tibia, le tarse, le métatarse et les phalanges.

Ce muscle étend la dernière phalange du gros orteil sur la première; celle-ci sur le premier os du métatarse; il fléchit aussi le pied sur la jambe ou la jambe sur le pied. (M. P.)

PÉRONÉO-SUS-PHALANGETTIEN COMMUN, *peroneo-suprà-phalangettianus communis*: on donne ce nom au muscle extenseur commun des orteils, parce qu'il s'étend du bord interne du péroné jusqu'aux quatre derniers orteils. Ce muscle a été déjà décrit tome XXIX, p. 7. (M. P.)

PÉRONIER, adj., *peroneus*, qui a rapport au péroné.

Muscles péroniers. On les distingue en grand, moyen et petit péroniers.

Muscle grand péronier. M. Chaussier l'appelle *péronéo-sous-tarsien*, Sœmmerring, *musculus peroneus longus.* Placé à la partie externe de la jambe et sous la plante du pied, ce muscle est long et étroit, charnu et arrondi dans sa moitié supérieure, tendineux inférieurement; ses fibres charnues naissent de l'aponévrose jambière, du tiers supérieur de toute la face externe du péroné, un peu du tibia, et à deux cloisons aponévrotiques communes à lui, au soléaire, et au grand fléchisseur du gros orteil d'une part, et de l'autre à l'extenseur commun des orteils. De ces insertions les fibres charnues descendent, les supérieures perpendiculairement, les suivantes obliquement, pour venir se rendre à un tendon qui, d'abord placé au centre du faisceau charnu, ne devient libre que vers le tiers inférieur de la jambe. Ce tendon continue de côtoyer le péroné, se

porte un peu en arrière et s'engage derrière la malléole externe dans une coulisse qui lui est commune, avec celui du muscle moyen péronier, et dans laquelle il est retenu par une bride ligamenteuse. Audessous de la malléole, il quitte le tendon du moyen péronier, traverse obliquement la face externe du calcanéum, se réfléchit encore dans une autre coulisse appartenant au cuboïde, traverse obliquement tout le pied et vient enfin se fixer à l'extrémité postérieure du premier métatarsien. On trouve souvent dans ce tendon, surtout au niveau du cuboïde, un ou deux os sésamoïdes.

A la jambe, le grand péronier est couvert par l'aponévrose jambière, et appliqué d'abord sur le péroné, puis sur le moyen péronier. Ce muscle étend le pied sur la jambe, en tournant sa pointe en dehors et en élevant son bord externe; il agit aussi sur la jambe qu'il étend sur le pied.

Muscle moyen péronier. M. Chaussier l'appelle *grand péronéo-sus-métatarsien;* Sœmmerring, *musculus peroneus brevis.* Il a la même forme que le précédent; mais il est moins long. Ses fibres nées de la moitié inférieure de la partie externe du péroné par de courtes aponévroses, des cloisons aponévrotiques intermédiaires à lui, au petit péronier en devant, au grand fléchisseur des orteils en arrière, forment un faisceau charnu qui, à la partie inférieure de la jambe, dégénère en un tendon; celui-ci s'engage derrière la malléole externe dans une coulisse qui lui est commune avec le précédent, et en la traversant il s'élargit. De là il se porte presque horizontalement en devant, et va, en s'élargissant de nouveau, s'implanter à l'extrémité postérieure du cinquième os du métatarse.

Ce muscle est recouvert par le muscle long péronier et l'aponévrose tibiale; il recouvre le péroné. Dans la portion qui correspond au pied, il est d'abord embrassé par la gaîne fibreuse et par la synoviale commune à lui et au grand péronier; ensuite il a une gaîne fibreuse propre qui se fixe sur le calcanéum, où il se trouve embrassé par un prolongement de la même synoviale, qui tapissant une seule gaîne en haut derrière la malléole, s'introduit dans deux inférieurement.

Le moyen péronier étend la jambe et le pied réciproquement l'un sur l'autre, en élevant un peu le bord externe de ce dernier.

Dans la station, dit Bichat (*Anat. descript.*, t. II, p. 331) les deux péroniers retiennent la jambe en dehors, usage relatif probablement à la disposition du pied, dont la partie interne creusée d'une concavité, n'offre point un appui au pied, lequel repose sur le sol, principalement par son bord externe; aussi la jambe manque de muscles pour la retenir en dedans et l'empêcher de s'incliner en dehors, tandis que les péroniers

préviennent sensiblement son inclinaison en dedans. Ces deux muscles entraînent le pied en dehors dans la fracture du péroné. *Voyez* PÉRONÉ.

Muscle petit péronier. M. Chaussier l'appelle *petit péronéo-sus-métatarsien*; Sœmmerring, *musculus peroneus tertius*; quelques anatomistes le nomment encore *péronier antérieur*. Ce muscle n'existe point chez tous les sujets : placé à la partie antérieure et inférieure de la jambe, allongé, mince, aplati, il s'insère sur le tiers inférieur de la partie antérieure du péroné, sur le ligament interosseux et à une cloison aponévrotique qui le sépare du moyen péronier; de là il descend un peu en dedans, confondu en grande partie avec le long extenseur des orteils, et dégénère en un tendon qui occupe son bord antérieur. Uni d'abord à celui de l'extenseur des orteils, ce tendon s'en sépare, se porte en dehors et en bas, s'isole des fibres charnues audessus du ligament annulaire, passe sous ce dernier, croise le muscle pédieux, en s'élargissant beaucoup, et vient se fixer au côté externe de l'extrémité postérieure du cinquième os du métatarse, et à la partie voisine de son corps.

A la jambe, ce muscle est recouvert par l'aponévrose tibiale; il est confondu en dedans avec l'extenseur des orteils. Au pied, il est recouvert par les ligamens et appliqué sur le petit extenseur et le dernier os métatarsien. Au coude-pied, il est fixé par le ligament annulaire, et embrassé par la synoviale de l'extenseur commun des orteils.

Le petit péronier fléchit le pied sur la jambe en relevant son bord externe; il peut aussi fléchir la jambe sur le pied.

Artère péronière. Elle naît de l'artère poplitée ou mieux encore du tronc tibial; située profondément à la partie postérieure de la jambe, elle se dirige un peu obliquement en dehors, se place sur le bord interne du péroné, qu'elle suit verticalement jusqu'au tiers inférieur de la jambe, placée d'abord sur le muscle jambier postérieur, puis renfermée entre ses fibres et recouverte en arrière, en partie par le fléchisseur du gros orteil, et dans toute son étendue par les muscles soléaire et jumeaux. Dans tout ce trajet, elle fournit des rameaux qu'on peut distinguer en rameaux externes et postérieurs, et en internes.

Les externes et postérieurs sont plus volumineux. Ils descendent obliquement dans les muscles soléaire et jumeaux où ils se perdent. Quelques-uns seulement parviennent aux tégumens.

Les rameaux internes plus petits se répandent dans les muscles jambier postérieur, long fléchisseur commun des orteils et long fléchisseur du gros orteil. Un d'eux, né tout à fait en bas

de la péronière, se porte transversalement au devant des muscles fléchisseurs et s'anastomose avec la tibiale postérieure.

Près de la malléole externe, l'artère péronière se partage en deux branches, l'une postérieure, l'autre antérieure.

Branche postérieure. Elle suit le trajet primitif de l'artère en se portant sur la face postérieure du péroné et passe sur le côté interne du calcanéum. Elle distribue de nombreux rameaux aux muscles jambier postérieur, fléchisseurs des orteils, grand et moyen péroniers, à l'articulation tibio-tarsienne. Sur le calcanéum, elle se divise en plusieurs rameaux qui se répandent sur la partie externe du pied et dans le tissu cellulaire graisseux ambiant. L'un d'eux s'engage transversalement sous la malléole externe, et va en devant communiquer avec un rameau de la tibiale antérieure.

Branche antérieure. Son existence n'est pas constante. Elle traverse, quand elle existe, l'extrémité inférieure du ligament interosseux, passe sous le muscle petit péronier, auquel elle donne quelques rameaux, descend sur l'articulation péronéo-tibiale inférieure, se recourbe en avant et en dedans, et va s'anastomoser avec l'artère tibiale antérieure, en formant une petite arcade de laquelle partent des rameaux plus ou moins nombreux, qui se perdent sur la face dorsale du pied.

La veine péronière suit à peu près le même trajet que l'artère, et va se rendre dans la veine poplitée. (M. P.)

PÉROXYDE, s. m., *peroxydum.* C'est le plus grand degré d'oxydation dont un corps soit susceptible. *Voyez* OXYDE, tome XXXIX, pag. 58. (F. V. M.)

FIN DU QUARANTIÈME VOLUME.

